

The Academy
TRANSFERRED TO
HARVARD MEDICAL LIBRARY

Anales de la Academia de Medicina de Medellín

Fundada en 1888

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY.

41
MAR 29 1944

TERCERA EPOCA — VOLUMEN I — ENTREGAS 3a. Y 4a.

JUNIO — JULIO

SEPTIEMBRE — OCTUBRE 1943

BEDOUT — MEDELLIN

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA en 1888

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

TERCERA EPOCA { ENTREGA 2
VOLUMEN I

MARZO - ABRIL 1943

DIRECTOR, DR. PEDRO NEL CARDONA C.

PROFESOR DE CLINICA GINECOLOGICA — PRESIDENTE DE LA CORPORACION

REDACTORES:

DR. GUSTAVO GONZALEZ OCHOA

DR. ALBERTO SALDARRIAGA

PROFESOR DE CLINICA INFANTIL — MEDICO- PROFESOR DE CIRUGIA INFANTIL — CIRUJANO

JEFE DEL PABELLON CLARITA SANTOS — DEL PABELLON CLARITA SANTOS

SECRETARIO DE LA ACADEMIA

DR. ALONSO RESTREPO

EX-DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Contenido:

	Pág.
Reglamento de la Academia de Medicina, aprobado por la Corporación en sus sesiones de 1943	75
Lista de los Presidentes de la Academia de Medicina de Medellín	79
Dignatarios en el período de receso de los Anales	80
Lista de los actuales miembros de número, correspondientes y honorarios de la Academia de Medicina de Medellín	81
Algunas consideraciones sobre Higiene Mental.—Dr. Eduardo Vasco	82
Desembocadura Uretral.—Dr. Gonzalo Botero Díaz	115
Las Pulgas y la Lepra.—José J. de la Roche	123
El Marrubio.—Dr. Juan B. Londoño	130
Raquiánestesia Fraccionada.—Drs. Morris J. Nicholson, Urban H. Eversole y Leo V. Hand	133
Labores de la Academia	139

Permanente:

La publicación de un artículo no implica que la Asamblea y el Comité de Redacción de estos Anales aceptan las ideas de su autor.

Anales de la Academia de Medicina de Medellín

FUNDADA EN 1.888

TERCERA EPOCA—VOL. I—ENTREGA 2

MARZO—ABRIL DE 1943

PORTE REDUCIDO EN EL SERVICIO POSTAL INTERIOR — LICENCIA NRO. 1143

Reglamento

de la Academia de Medicina aprobado por
la Corporación en sus sesiones de 1943

Art. 1º—La Academia de Medicina de Medellín tiene por fines:

a) Propender por el adelanto de la medicina y por los intereses de la profesión;

b) Servir de cuerpo consultivo a las entidades públicas y en especial a los gobiernos departamental y municipal, en cuestiones médicas;

c) Ocuparse, aunque no sea consultada, si ella lo cree conveniente, de cualquier tema médico-social y dictar su opinión al respecto.

Art. 2º—La Academia se compondrá:

1º de cuarenta miembros de número;

2º de miembros correspondientes;

3º de miembros honorarios. El número de los miembros correspondientes y el de los honorarios, será ilimitado.

Art. 3º—La Academia se reunirá ordinariamente dos veces al mes; extraordinariamente cuando el presidente la convoque o a petición de 5 o más de los miembros de número.

Art. 4º—En las discusiones se seguirán invariablemente las normas parlamentarias.

Art. 5º—Para ser miembro de número de la Academia de Medicina de Medellín se requiere: ser doctor en medicina y ser colombiano.

Art. 6º—Las vacantes que ocurran en los puestos de miem-

bros de número de la Academia, serán llenadas mediante elección por la misma Academia.

Parágrafo: La presidencia fijará la fecha en que debe hacerse la elección, por lo menos con 15 días de anticipación.

Parágrafo: La elección se hará por votación secreta y para ser válida se necesitará que uno de los candidatos obtenga la mayoría absoluta de los votos, en relación con el número de asistentes a la sesión.

Parágrafo: En caso de que ninguno de los candidatos obtenga la citada mayoría, la votación será limitada a los dos candidatos que hayan obtenido mayor número de votos.

Parágrafo: Para proceder a la votación será necesario que haya presentes en la sesión de la Academia por lo menos diez miembros de número.

Parágrafo: Cualquiera de los miembros de número puede lanzar uno o varios candidatos para el puesto o puestos vacantes y debe comunicarlo a la secretaría antes de iniciarse la sesión fijada para la elección.

Art. 7º—Los miembros correspondientes no tendrán voto en la elección de los miembros de número.

Art. 8º—Los académicos elegidos podrán ocupar sus sillones desde la sesión siguiente a la de su elección y cada uno de ellos estará obligado a presentar a la consideración de la Academia un trabajo científico, en el curso del primer año contado a partir del día de la elección.

Art. 9º—Para ser miembro correspondiente de la Academia de Medicina se requiere: 1º ser doctor en medicina, o doctor en cualquiera de las ciencias afines; 2º presentar un trabajo inédito y original sobre un tema médico o afín; 3º que el candidato sea propuesto por un miembro de número y aceptado por mayoría en votación secreta.

Art. 10.—El trabajo de ingreso de los miembros correspondientes será estudiado por una comisión de dos miembros de número designada por la presidencia.

Art. 11.—Dicho trabajo será leído el día de la recepción y las conclusiones discutidas en la misma forma acostumbrada para con los trabajos de los miembros de número.

Art. 12.—Los miembros honorarios serán elegidos por la Academia a petición de uno o varios miembros de número. Si fuesen extranjeros, se tendrá en cuenta para su elección el que

hayan contribuído al intercambio científico con sus respectivos países, o a difundir entre nosotros las ciencias médicas.

Art. 13.—La Academia de Medicina tendrá los siguientes dignatarios: Un presidente; un vicepresidente; un tesorero; un secretario.

Art. 14.—Los dignatarios serán elegidos en la penúltima sesión anual; durarán un año en el desempeño de sus funciones y podrán ser reelegidos.

Art. 15.—Son deberes del presidente: presidir las sesiones; convocar a extraordinarias cuando lo crea preciso; nombrar las comisiones permanentes y las accidentales; representar a la corporación en los actos oficiales; ordenar los gastos.

Art. 16.—Son deberes del vicepresidente: reemplazar al presidente en caso de falta temporal o absoluta.

Art. 17.—Son deberes del secretario: llevar un libro de actas; sostener la correspondencia; dar los informes que se le pidan; atender a la conservación de la biblioteca.

Art. 18.—Son deberes del tesorero: manejar los fondos de la Academia y llevar los libros correspondientes; presentar anualmente un informe escrito con el balance.

Art. 19.—Todos los miembros correspondientes podrán asistir a las sesiones de la Academia; tendrán voz y voto en cuestiones científicas y tendrán voz en cuanto se refiere al régimen interno de la corporación.

Art. 20.—Cuando un miembro de número se ausente transitoriamente de la ciudad, no perderá ninguno de sus derechos en la Academia; si la ausencia fuese definitiva, pasará a la categoría de miembro correspondiente.

Parágrafo: Para efectos de este artículo, los señores académicos se servirán dar cuenta a la secretaría, cuando resuelvan ausentarse.

Art. 21.—Las conclusiones a que lleguen los autores serán discutidas en las sesiones ordinarias de la corporación; la Academia puede aceptarlas o no, o sentar otras nuevas al respecto. Esto no significa que la Academia apruebe o impruebe los originales del autor.

Art. 22.—Cuando sean publicados los trabajos presentados a la Academia, junto con las conclusiones a que ella llegare, se publicarán las originales del autor, si él lo solicita.

Art. 23.—Los trabajos que se apoyen en documentos tales como: preparaciones microscópicas, microfotografías, ne-

gativos, dibujos, etc., vendrán invariablemente acompañados de tales documentos, y éstos pertenecerán a la Academia, apruébense o no, tales trabajos.

Parágrafo: Queda entendido que los trabajos presentados son de propiedad de la Academia y que sólo podrán publicarse con su venia.

Art. 24.—La ausencia durante un año a las sesiones de la Academia se considera como dimisión; la secretaría dará oportuno aviso a la presidencia para proceder a llenar las vacantes.

Art. 25.—Son deberes de los miembros de número: asistir puntualmente a las reuniones ordinarias y extraordinarias; desempeñar las comisiones que se les confíen; presentar a la corporación una ponencia cuando sean designados para ello.

Art. 26.—Los miembros de número pagarán a la Academia una cuota de ingreso y una cuota mensual; ambas serán fijadas anualmente por la comisión de la mesa.

Art. 27.—Los miembros correspondientes pagarán a la Academia una cuota de ingreso que también fijará anualmente la comisión de la mesa.

Art. 28.—La presidencia puede ordenar erogaciones no mayores de cien pesos, sin previa consulta; pero queda obligada a dar cuenta de ello en sesión inmediata.

Art. 29.—Para cualquier erogación superior a la prevista en el artículo anterior, se requiere el consentimiento de la corporación por mayoría de votos en una sesión.

Art. 30.—La Academia tendrá una insignia. La confección de dicha insignia y su uso por los académicos serán indicados por los reglamentos.

Art. 31.—Las sesiones de la Academia se suspenderán desde la segunda quincena de noviembre inclusive, hasta la segunda de febrero exclusive.

Dignatarios de la Academia desde su fundación

LISTA DE LOS PRESIDENTES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Dr. Manuel Uribe Angel				1888
" Ramón Arango	elegido el	7 de julio		de 1893
" Rafael Pérez	" "	11 " "		" 1894
" Francisco A. Uribe Mejía	" "	1 " "		" 1895
" Tomás Bernal	" "	13 " junio		" 1896
" Francisco Arango	" "	8 " julio		" 1897
" Vespaciano Peláez	" "	4 " "		" 1898
" Juan Bautista Londoño	" "	3 " "		" 1899
" Eduardo Zuleta	" "	10 " "		" 1901
" Teodomiro. Villa	" "	9 " agosto		" 1902
" Jorge Delgado	" "	6 " julio		" 1903
" Francisco Arango	" "	18 " enero		" 1915
" Jorge Tobón	" "	7 " febrero		" 1916
" Nicanor González U.	" "	21 " octubre		" 1917
" Miguel María Calle	" "	1 " mayo		" 1918
" Emiliano Henao	" "	23 " julio		" 1923
" Gabriel Toro Villa	" "	17 " noviembre		" 1924
" Lázaro Uribe Cálal	" "	18 " junio		" 1928
" Gil J. Gil	" "	26 " agosto		" 1931
" Emilio Robledo	" "	27 " septiembre		" 1933
" Dionisio Arango Ferrer	" "	7 " noviembre		" 1934
" Gustavo Uribe Escobar	" "	28 " agosto		" 1935
" Alonso Restrepo M.	" "	14 " julio		" 1937
" Ernesto Rodríguez	" "	19 " octubre		" 1938
" Jesús Peláez Botero	" "	21 " noviembre		" 1939
" Martiniano Echeverri Duque	" "	6 " "		" 1940
" Pedro Nel Cardona	" "	21 " octubre		" 1942

No existen en el archivo de la secretaría, actas en dónde informarse sobre los presidentes anteriores. Sólo hay constancia de que el antecesor del doctor Ramón Arango, era el doctor Uribe Angel.

Entre los años de 1903 a 1915, hay ausencia de actas en los libros. Se presume, leyendo las anteriores y las posteriores, que la Academia se reunía con severa discontinuidad.

DIGNATARIOS EN EL PERIODO DE RECESO DE LOS ANALES

Agosto de 1935 a Julio de 1937:

Presidente:	Gustavo Uribe Escobar
Vicepresidente:	Eduardo Vasco
Secretario:	Julio Ortiz Velásquez
Tesorero:	Rafael Mejía Uribe

Julio de 1937 a Agosto de 1938:

Presidente:	Alonso Restrepo M.
Vicepresidente:	Gil J. Gil
Secretario:	Manuel Salvador Arango M.
Tesorero:	Rafael Mejía Uribe

Octubre de 1938 a Noviembre de 1939:

Presidente:	Ernesto Rodríguez
Vicepresidente:	Pedro Nel Cardona
Secretario:	José Posada T.
Tesorero:	Rafael Mejía Uribe

Noviembre de 1939 a Noviembre de 1940:

Presidente:	Jesús Peláez B.
Vicepresidente:	Alberto Gómez Arango
Secretario:	José Posada T.
Tesorero:	Alfonso Arango V.

Noviembre de 1940 a Octubre de 1941:

Presidente:	Martiniano Echeverri Duque
Vicepresidente:	Antonio J. Ospina
Secretario:	José Posada T.
Tesorero:	Alfonso Arango V.

Octubre de 1941 a Octubre de 1942:

Presidente:	Martiniano Echeverri Duque
Vicepresidente:	José Miguel Restrepo
Secretario:	Gustavo González Ochoa
Tesorero:	Alfonso Arango Vieira

Año de 1943

Presidente:	Pedro Nel Cardona
Vicep. - Secretario:	Gustavo González O.
Tesorero:	Alfonso Arango Vieira

LISTA DE LOS ACTUALES MIEMBROS DE NUMERO DE LA
ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Dr. Manuel S. Arango	Dr. Juan B. Pérez C.
" Alfonso Arango V.	" Antonio J. Ospina
" José J. Aristizábal	" Juan de J. Peláez
" Gonzalo Botero D.	" Jesús Peláez Botero
" Miguel María Calle	" Hernán Posada
" Pedro Nel Cardona	" José Posada Trujillo
" Jorge Castro Duque	" Agustín Piedrahíta
" Jesús María Duque	" Alonso Restrepo
" Martiniano Echeverri Duque	" José Miguel Restrepo
" Carlos Fernández Quevedo	" Emilio Robledo
" Gil J. Gil	" Ernesto Rodríguez
" Alberto Gómez Arango	" Elkin Rodríguez
" Gustavo González Ochoa	" Alberto Saldarriaga
" Miguel Guzmán	" Alberto Uribe U.
" Braulio Henao Mejía	" Lázaro Uribe Cálad
" Juan B. Isaza Misas	" Gustavo Uribe Escobar
" Emilio Jaramillo	" Eduardo Vasco
" Luis Martínez Echeverri	" Carlos J. Vásquez
" Cipriano Mejía	" David Velásquez
" Julio Ortiz Velásquez	

LISTA DE MIEMBROS CORRESPONDIENTES

Julio Zuloaga	José J. de la Roche
Luis F. Osorio Gil	Alfonso Castro
Heráclides César de Sousa Araújo	Jacinto Echeverri D.
Edmundo Medina	

LISTA DE MIEMBROS HONORARIOS

Presidente honorario Dr. Braulio Mejía

Dr. José M ^a Montoya	Dr. Carlos M. Pava
" Maximiliano Rueda	" Bernardo Samper
" Miguel Antonio Rueda	" Roberto Franco
" Jorge Cavalier.	" Próspero de Villanueva
" Arcadio Forero	" Pedro Eliseo Cruz
" Manuel J. Luque	" Alfonso Orozco
" Julio Aparicio	" Carlos Acosta G.
" Gonzalo Reyes G.	" Tomás Rengifo
" Emile Brumpt	" Rafael Rengifo
" A. Mauro Giraldo	" Nicanor González U.
" Héctor Pedraza	" Juan B. Londoño

POR EL DR. EDUARDO VASCO

Algunas consideraciones sobre Higiene Mental

Trabajo leído en la Academia de Medicina de Medellín, en octubre de 1942

Es indiscutible que el concepto de higiene mental viene abriéndose camino en la conciencia de los hombres desde hace muchos siglos, y que entre el anhelo expresado por Juvenal desde el comienzo de la era cristiana, quien exigía para la armonía del hombre una mente sana en un cuerpo sano, hasta el libro de Brewer el neurólogo de Viena, sobre el origen de las perturbaciones nerviosas, sólo hubo la obligada trayectoria de toda síntesis trascendental, la cual vino a cristalizarse en la posibilidad, no sólo de reconstruir en muchos casos la vida mental desintegrada, sino en la factibilidad de defenderla de la psiconeurosis, al menos con la misma eficacia con que puede defenderse el cuerpo humano del asalto de los microorganismos patógenos.

Pero fue en el año de 1908 cuando el doctor Clifford Beers, quien después de sufrir por varios años una incómoda y mortificante neurosis, logró derivarla hacia un fin constructivo, y después de publicar su obra "A mind that found itself", es decir, "Una mente que se encontró a sí misma", resolvió constituir con sus colegas de Nueva York la primera Sociedad de higiene mental.

Este acontecimiento tuvo una resonancia sorprendente; de todas partes del mundo comenzaron a llegar adhesiones y noticias sobre la formación de comités y centros similares, a los cuales se iban vinculando con entusiasmo no sólo los psiquiatras y neurólogos, sino médicos de todas las especialidades, y

con ellos biólogos, educadores, religiosos, industriales, y, en fin, todos aquellos que habiendo tenido en sus manos el manejo del factor hombre, comprendieron que se abría una nueva y promisoría ciencia llamada a preservar la parte más noble y más frágil de la personalidad humana.

En Francia, el profesor Toulouse y Genil Perrin organizan una vasta campaña en este sentido; en Viena, Freud, Adler y Haller aprovechan los magníficos elementos de la escuela que ellos fundaron; Maurice Craig y Robert Summer prenden la llama en Inglaterra y en Alemania; en Italia el profesor Ferrari se pone al frente del movimiento; en Bélgica Vervaeke y Ley; en Suiza Claparede y Jung; Dunstong en la unión sudafricana; en el Japón Koichi Miyaki; Rolf Noble en Australia; Gustavo Reader en el Brasil; en Argentina Delfino e Ingenieros; en Rusia Pawloff y sus discípulos; Hincks en el Canadá, y en los Estados Unidos una verdadera pléyade encabezada por William Welch. Lo mismo sucedió en otros países.

Fue tal la magnitud y la universalidad de este movimiento, que en mayo de 1930, es decir, veintidós años después de la primera fundación, fue posible reunir en Washington el primer congreso internacional de higiene mental con delegados de cincuenta y tres países. Puede asegurarse que en esta memorable reunión tomaron parte, no sólo los primeros psiquiatras y neurólogos del mundo, sino los elementos más representativos de las clases intelectuales y dirigentes de las naciones civilizadas. Esa reunión superó todas las esperanzas de sus iniciadores, ya que nunca una cita científica había alcanzado hasta entonces mayor resonancia, como si los hombres de todos los confines presintieran que estaba en juego la defensa de la más alta prerrogativa humana.

Fue, sin duda, desde este momento, cuando se orientó y concretó definitivamente el estudio, no sólo de las enfermedades mentales y los defectos inherentes a ellas, sino también el diagnóstico y tratamiento de la personalidad enferma, y se fijaron las normas profilácticas posibles para evitar la desintegración total de aquélla, y para mantener al menos en un clímax compatible con la vida social, las oscilaciones extremas de los temperamentos predispuestos o marcados desde la infancia con los estigmas neuropáticos.

Y como detalle muy importante, es de notar el voto uná-

nime de dicho Congreso para que el estudio de la higiene mental ocupara un lugar de preferencia a todo lo largo de la preparación médica, voto que de haberse tenido en cuenta estrictamente, hubiera creado sin duda cierta necesaria curiosidad sobre estos problemas, y con ella una conciencia de la peligrosidad de la psiconeurosis, no menos efectiva que el flagelo venéreo y el tuberculoso, y hubiera capacitado al cuerpo médico para defender la salud mental, al menos con el mismo acopio de ideas generales que posee sobre puericultura, laboratorio, cirugía, etc.

IMPORTANCIA Y NECESIDAD

No se puede negar que en la higiene mental está contenida más o menos imprecisa, más o menos imponderable, la fórmula de la felicidad individual y colectiva. El conocimiento que tengamos de nosotros mismos nos ha de indicar sin duda, cuál es el aspecto frágil de nuestra personalidad y en dónde debemos afirmar la disciplina de nuestros pensamientos y emociones; con el aprendizaje de estos controles, nuestra capacidad impulsiva podrá ser detenida en el momento en que vamos a invadir el derecho ajeno o a estrujar el ajeno sentimiento; y al obrar así, tendremos la satisfacción del propio dominio, la economía de choques en torno nuestro, y en esta forma trabajaremos contra el delito que no es otra cosa que el producto de incontrolados instintos.

No podemos olvidar tampoco que el equilibrio mental regula todos los otros equilibrios orgánicos y sociales y que en el campo de la higiene mental se encuentran reunidas todas las actividades. Cuando el hombre actúa es su mente la que trabaja y él sólo puede actuar correctamente cuando hay claridad en el pensamiento y cierto equilibrio en la vida afectiva; y esta claridad y este equilibrio pueden ser obnubilados o rotos por factores endógenos y exógenos, muchos de los cuales son susceptibles de ser detenidos o amortiguados, o disminuída su repercusión, por un refuerzo psicofisiológico de la tensión nerviosa.

Pero para saber lo que se debe hacer en el campo de la higiene mental, es necesario estudiar el origen y la patogenia de las enfermedades que afectan la mente, lo que nos obliga a esbozar alguna forma de clasificación de ellas que sirva de pauta.

CLASIFICACION

Es difícil exponer con claridad las diversas clasificaciones que de este tipo de enfermedades se han hecho en los diversos países, por la razón de que cada escuela o autor de alguna notoriedad o importancia tiene la suya. Además, hay que hacer notar que el significado etimológico de las palabras más usadas, no concuerda con el contenido que les asignan los diversos autores: así, por ejemplo, a la palabra *psicosis*, que etimológicamente significa enfermedad de la mente o del alma, se le da a menudo un significado mixto de afección neurológica y mental. A la palabra *neurosis* que significa enfermedad de los nervios, se le da generalmente el significado de enfermedad mental; lo mismo pasa con *neuropatía*. Por eso el profesor Vermeulen de Bruselas, proponía la palabra *psiconeurosis* para todas estas enfermedades cuyos síntomas más visibles fueran de orden mental, aunque sus causas residieran en cualesquiera tejidos. Con razón escribía Charpentier a este respecto: “Si siquiera pudiéramos entendernos sobre el sentido de las palabras, muchas contradicciones y equívocos serían evitados. No basta ni siquiera su sentido etimológico; la vida de las lenguas como la de las palabras, las aleja a menudo de su significado primitivo; pero fuera muy de desear que su sentido exacto fuera netamente fijado y aceptado por todos”.

Sabido es que hay una fuerte tendencia a considerar los desórdenes de la personalidad y el comportamiento como de etiología orgánica, o al menos funcional, aun en el caso muy repetido de que las lesiones causales escapen a las más delicadas investigaciones y a pesar de que hay traumatismos psíquicos y choques emocionales que pueden desencadenar no sólo una *psiconeurosis*, sino una verdadera afección neurológica como en el caso que pudimos seguir con alguno de los académicos, es decir, el de una señora que, al ver a un miembro de su familia que era llevado a su casa en estado de inconsciencia, creyó que traía las piernas destrozadas, todo lo cual le produjo una *paraplejía* repentina; algunos años después sucumbía a causa de una *mielitis* con *esclerosis múltiple*. Pero en casos como estos, es casi seguro que se trata de una predisposición o fragilidad nerviosa sobre la cual una descarga emotiva con su cohorte de fenómenos fisiológicos de orden neurovegetativo,

produce sin duda a ese nivel, rupturas vasculares o coloidales, desplazamientos humorales, ruptura del equilibrio electro-químico de las neuronas, etc., fenómenos capaces de producir lesiones más o menos definitivas, no ya únicamente a las neurofibrillas o a su sistema de mielinización, sino a los grandes centros nerviosos. Este punto está ampliamente tratado por Monacow y Murgue en su densa obra intitulada: "Introducción biológica al estudio de la neurología y de la psicopatología".

Por otra parte, hay temperamentos intravertidos cuyas luchas interiores acumulan una gran tensión nerviosa, y sin embargo permanecen impenetrables aun para las personas más allegadas, hasta que un día cualquiera, por el más trivial motivo, la crisis estalla en alguna forma de neurosis. Con mucha razón el profesor Claude afirmó que "una idea parásita, una obsesión más o menos justificable, cultivadas por algún tiempo y con una carga afectiva considerable, pueden engendrar fenómenos biológicos que terminan por fijarse y persistir". Ha sido sin duda entre nosotros, el más reciente y el más afortunado comentador de estos asuntos, el Dr. Miguel Restrepo, quien en sus "Apuntes sobre Patología funcional", puntualiza en forma muy inteligente el mecanismo de estos fenómenos. De uno de los apartes del artículo citado, trascribimos las siguientes líneas: "Todo trastorno de una función trae consigo el debilitamiento de la salud, circunstancia que crea en el individuo el sentimiento de inferioridad, cuya primera consecuencia es la necesidad de conocer bien sus propias miserias y apreciarlas mejor; surge entonces con toda su fuerza el instinto de conservación que obliga al sujeto a aprender lo relacionado con sus dolencias, a analizar con minucia los síntomas que lo torturan, exagerándolos o pervirtiéndolos. Con el correr de los días, tales perturbaciones que en un principio fueron simplemente funcionales, llegan a ser orgánicas, porque del síntoma inventado, ampliado o corregido, al que ha llegado a ser tiránico el tránsito es insensible: hay muchos síntomas o más bien estados que no reconocen otro origen que la ficción o un simple disturbio de cualquier función".

Para el objetivo que nos proponemos, nos vamos a servir de la forma más sencilla de clasificación entre las que hemos tenido a la mano, la que, en líneas generales, es la misma que trae el doctor Francisco Gómez Pinzón, de quien entresacamos algunos apartes y a cuyo trabajo nos referiremos adelante.

En tres grupos se pueden reunir las enfermedades que afectan el comportamiento individual:

PRIMER GRUPO

En el primero estarían las afecciones neurológicas, las que se manifiestan por síntomas que ponen de relieve lesiones sufridas por amplias zonas cerebrales, cuya fisiología es bastante conocida y cuyas manifestaciones más notables serían las parálisis, la pérdida del equilibrio, las anestias y muchas otras perturbaciones motoras y sensoriales. En este grupo encontramos al lado de los tumores y reblandecimientos, las localizaciones traumáticas e infecciosas cuya causa puede estar distante, pero cuya repercusión se hace sentir sobre la neurona, como acontece con la sífilis, esa “gran imitadora” como la llama Cantalá, que puede simular todas las grandezas y todas las miserias del cuerpo y del espíritu, y aun con la tuberculosis, las que si atacan el tejido nervioso, afectan profundamente la dinámica mental, a veces antes de afectar en forma notoria la dinámica neurovegetativa.

SEGUNDO GRUPO

El segundo grupo está constituido por las enfermedades mentales propiamente dichas o psicosis, ocasionadas por lesiones tan sutiles que es casi imposible su comprobación y que a pesar de todo determinan anomalías marcadas de la conducta individual; y como en un principio no implican necesariamente una pérdida total de la conciencia, sino más bien una obnubilación que impide a las víctimas reconocer su condición de enfermas, el individuo se encuentra en un plano inclinado que falsea sus apreciaciones y que choca a menudo con la vida social, expresándose su estado ya por depresiones o excitaciones alternativas según la estructura de su carácter, ya por alucinaciones y delirios que responden a oscuras tendencias, ya por la pérdida de la orientación en el tiempo y en el espacio; y todo esto en un sujeto que razona con relativa normalidad y que no acepta estas manifestaciones como un producto de su desintegración mental, sino como realidades y reacciones naturales que el medio que le rodea no puede o no quiere comprender; tal es el caso de un profesional que cumple más o menos bien sus funciones de oficina y que sin embargo se

siente espiado, perseguido o asechado por el colega que lo saludó cortésmente en la calle. En este mismo grupo están clasificadas aquellas personas que en estados más avanzados ya no tienen suficiente control sobre sus actos, y ante las imágenes creadas por su fantasía desorientada reaccionan violentamente hasta necesitar el aislamiento. Desde el punto de vista causal se puede dividir esta categoría: primero, en aquellas afecciones orgánicas que, obrando a distancia como ciertas infecciones, van a afectar los centros nerviosos, produciendo verdaderos estados confusos, como en el caso que pudimos seguir de una enferma que padecía de ántrax múltiple y que no quiso permitir que le llamaran médico hasta que presentó un cuadro neto de confusión mental, el cual cedió con tres o cuatro inyecciones de vacuna antiptiógena; y segundo, psicosis propiamente dicha, cuyas perturbaciones están ligadas a un vicio congénito de las aptitudes mentales en las que basta una causa cualquiera para desencadenar el cuadro nosológico. Este grupo de que venimos hablando es mucho más numeroso que el anterior y su repercusión social se hace sentir, no sólo sobre el rendimiento económico de los individuos y de su familia, sino sobre su bienestar mismo. Dondequiera que surjan estos caracteres anormales, constituyen un factor que impide la evolución regular y son la condición esencial del acto antisocial, de las perversiones sexuales y de todas las formas de desadaptación profesional. En este sentido es uno de los más grandes azotes de la humanidad y su número va aumentando en forma tan notoria, que las estadísticas más recientes parecen afirmar que de cada cien personas, por lo menos dos, sufrirán en el curso de la vida este tipo de psicosis. Al menos estos son los datos para los Estados Unidos.

TERCER GRUPO

En el tercer grupo están amontonadas las enfermedades anímicas o neurosis, las cuales “no están acompañadas de pérdida de la conciencia y por lo tanto en ellas el sujeto piensa y obra en medio de una relativa normalidad”. No se ha encontrado en ellas lesión anatómo-patológica demostrable y su génesis ha sido el objetivo de los psicoanalistas y de los psiquiatras que consideran que los conflictos entre los instintos individuales y la represión social, son tan psicopatógenos como cualquiera de las enfermedades que afectan el sistema nervio-

so. Este grupo en el cual están contenidos todos los individuos que se mueven en las oscilaciones extremas del temperamento, es justamente el que tiene mayor importancia no sólo desde el punto de vista de la higiene mental, ya que es más susceptible de mejoramiento, sino porque como estas manifestaciones no son calificadas como enfermedades, no son por consiguiente ni diagnosticadas ni tratadas. Las manifestaciones más comunes de que hablamos atrás, son: “las obsesiones, las fobias, las crisis de terror o de cólera, la pusilanimidad, la falta de iniciativa”, la violencia y la impulsividad, la timidez y la prevención. Allí están los inadaptables, los que carecen del sentido de la oportunidad y los que son incapaces de afrontar con valor infortunadas circunstancias; allí, los que influidos por el cine, por el ejemplo o por la imperativa necesidad de nutrición, se fugan del hogar o de la decencia y trasponen las fronteras del delito, colocándose al margen de la sociedad. Es en este vasto conglomerado en donde la higiene mental tiene un inexplorado territorio; es en estos seres hostiles, intolerantes, prevenidos, intransigentes, amargados, tristes, fatigados, quejosos, angustiados, querellantes, contradictorios, inquietos, fanfarrones, temerarios, etc., en quienes es necesario establecer lo más pronto posible el diagnóstico de una prepsicosis o al menos de una predisposición psicopática; y tratarlos convenientemente para evitar que al llegar una calamidad pública o privada, o al sentir en carne viva el fracaso o el traumatismo psíquico, los más débiles y los más duramente maltratados, sean lanzados de sus frágiles posiciones de defensa al turbión de la desintegración mental, que es a menudo genitora del delito o iniciadora de la demencia.

De que estos estados que pudieran llamarse pre-psicopáticos, son modalidades del temperamento y del carácter, nos dan fe las ideas expuestas por Ernest Dupré en su “Patología de la imaginación y la afectividad” y el doctor Maurice Fleury en el comentario que hace al libro de Delmas y Boll sobre “La personalidad humana” y las cinco raíces que la forman, las que pueden estar exaltadas o disminuídas, todo lo cual indica la dificultad que existe para señalar las fronteras de la neurosis.

Y aquí, a riesgo de que sea repetición para muchos, cabe exponer a grandes rasgos la doctrina de las constituciones psicopáticas que tanto nombre le ha dado a la psiquiatría france-

sa, y que constituye sin duda la mayor contribución a la higiene mental, aunque esta doctrina haya tenido y tenga sus impugnadores.

ESQUEMA DE LAS CONSTITUCIONES PSICOPATICAS

Pero antes de hacerlo es preciso entendernos sobre la significación de las palabras temperamento, carácter, constitución y personalidad. El temperamento que para muchos es sinónimo de carácter, consta de un elemento estático que sería la constitución y de un elemento dinámico que sería la personalidad; ambos elementos tienen una expresión fisiológica y psicológica; la expresión fisiológica de la constitución estaría integrada por la forma, el tipo, el volumen, la aptitud nerviosa, humoral, endocrina y visceral. Y la psicológica por la aptitud mental, es decir, por las disposiciones contenidas en el pensamiento y en la afectividad. En la personalidad, que como dijimos atrás es la manera de reaccionar de la constitución o sea el elemento dinámico, tenemos también las mismas formas de expresión; la personalidad fisiológica estaría determinada por el equilibrio del gran simpático, por el metabolismo y por la actividad de las manifestaciones biológicas, y la personalidad psicológica estaría representada por la energía mental en acción; y es de allí de donde los diversos autores han tomado las disposiciones que vamos a estudiar en seguida, no sin hacer notar que fue Kretschmer quien sospechó primero la coincidencia de determinada personalidad en determinada constitución, síntesis que expuso en su libro: "La Estructura del Cuerpo y el Carácter".

El doctor Fleury explica la correlación existente entre lo que él llama constituciones sistematizadas, y las disposiciones naturales de la personalidad y las enfermedades mentales a que daría origen su exageración o deficiencia. Así, por ejemplo, la constitución ciclotímica o cicloide, en la cual los estados de excitación alternan con los de depresión, estados que una vez exagerados caerían en la psicosis maníaco-depresiva, tendría su origen en aquella cualidad afectiva que se llama la actividad, por la cual el individuo se exalta por la esperanza y por la lucha y se deprime por la fatiga y el fracaso; cicloides llama también Kretschmer a los extravertidos, brevilíneos, de tipo redondo o pícnico en oposición a los esquizoides que son los intravertidos, longilíneos, de tipo leptosoma y atlético. La cons-

titución emotiva, que tiene sus raíces en la facultad que tenemos todos de reaccionar a los choques ambientes más o menos intensamente en un sentido de protección, y que exagerada llevaría a la psicastenia y a la angustia, y disminuída, a la demencia precoz o sea a la esquizofrenia. La constitución perversa que lleva a los actos antisociales y que tiene su base en esa gama que hay en todo sér que va de la bondad activa y pasiva hasta la indiferencia y la crueldad. La mito-maníaca que es la tendencia a engañar y a simular y que lleva al pitiatismo y a la estrechez del campo de la conciencia, y que arranca de la sociabilidad, en la cual están implícitamente contenidas, la capacidad de sugestión, de fabulación y de simulación. Y por último, la constitución paranoica, hecha de orgullo y de hipertrofia del yo, que lleva a la arrogancia morbosa y a los delirios de persecución y que tiene su fuente en el amor propio y en la avidez, que son cualidades innatas a todo individuo normal.

Queremos llamar la atención sobre el hecho de que hemos prescindido de la palabra *histeria* tan socorrida por la literatura franco-italiana y en su lugar hemos empleado el vocablo *pitiatismo* sugerido por Babinsky desde 1901, y recogido más tarde por publicistas belgas y alemanes, quienes consideraron que aquella palabra ha constituido un error y una injusticia al prejuzgar que el estado terminal de la constitución mito-maníaca es propio únicamente de la mujer, cuando la experiencia enseña que en él desembocan representantes de ambos sexos; en cambio la palabra sustituida que significa curar por sugestión, pone de relieve una de las características más salientes de aquella enfermedad. Esto no quiere decir que la palabra *histeria* no tenga un amplio uso, y que aun en los medios especializados siga siendo de correcta aceptación.

Esta doctrina fue ampliamente discutida en un congreso de alienistas y neurólogos de todo el mundo, reunido hace algunos años. El doctor Aquiles Delmas presentó allí un trabajo muy documentado sobre este asunto, el cual tuvo una acogida casi unánime, pues si algunos discreparon en cuanto al número de las constituciones tratando de introducir otras nuevas como la epileptoides o convulsiva y la esquizoide, que tienen sin duda una realidad innegable, la gran mayoría las aceptó como una evidencia llena de interés por sus aplicaciones sociales, sobre todo en el dominio de la higiene mental. El doctor

Fay anotó que desde la cuna se revelan ciertas disposiciones del niño y que al iniciarse la pubertad, la constitución está ya afirmada y agregó que muchas anomalías del carácter que se rotulan a la ligera con el nombre de pereza, inestabilidad, mentira, indiferencia, etc., no son otra cosa que las aristas más salientes de constituciones definidas, a las cuales la pedagogía científica debe dar una importancia primordial.

COMENTARIO SOBRE CONSTITUCIONES

Si meditamos un poco en el significado de esta doctrina, encontramos dos aspectos sobre los cuales vale la pena detenernos:

En primer lugar, las cinco raíces de la personalidad que dan nacimiento a las psicopatías antes dichas, lógicamente implican que el número de éstas sería de diez como lo anota Minkowski, ya que una disposición de la personalidad exagerada llevaría a una forma de psicosis, y esa misma disposición disminuída, a otra de forma contraria. Por ejemplo, la hiperemotividad que es el terreno de la angustia, y la hipoemotividad como la hiposociabilidad, que serían el terreno de la esquizofrenia. El profesor Edmundo Rico en sus conferencias sobre este tema, considera al esquizoide como un hiposocial; nosotros, sin negar esta autorizada sugestión, lo consideramos asimismo como un hipoemotivo. En cuanto a la constitución convulsiva, la escuela de Marburgo, la deriva de la inestabilidad motora natural en los niños y cuyas oscilaciones irían desde la tetania y las convulsiones de la primera infancia, pasando por el niño que se *seca* al llorar y cuyos accesos de cólera revisten verdaderos episodios morbosos, hasta las manifestaciones pseudo-comiciales, haciendo derivar toda esta graduación de una disfunción paratiroidiana.

La otra divagación que se nos ocurre sobre esta doctrina, es que estas constituciones no pueden ser clasificadas como de causa y mecanismo desconocidos, es decir, inorgánicas, porque si es verdad que en el estado actual de nuestros conocimientos no ha sido posible puntualizar ni su etiología ni su patogenia en forma precisa, sí estamos ya en poder de datos muy abundantes y muy inteligentemente investigados, que nos permiten asomarnos a la síntesis definitiva de que no hay enfermedades mentales inorgánicas.

No queremos hacer aquí un recuento minucioso de todos

los datos e investigaciones que se han venido realizando en este sentido en los últimos diez años, ya sobre el aparato neuroglandular de la vida vegetativa como llama Guillaume esa intrincada sinergia que existe entre el gran simpático y las glándulas de secreción interna; ya sobre el pH. sanguíneo y urinario y el metabolismo cálcico y básico en determinadas psicosis; ni es tampoco la ocasión de extendernos sobre las investigaciones electro-encefalográficas realizadas por Berjer y Walter sobre las modificaciones sufridas por las ondas nerviosas alpha, beta y delta, en algunos estados psicológicos y en el curso de ciertas neurosis, ni sobre las sutiles experiencias de Winkler en la Europa Central sobre el psicogalvanómetro y sobre la diferencia de potencial entre las células de la primera capa cortical y las de las otras capas subyacentes, etc., ya que cada uno de estos trabajos vale la pena de consultarse a espacio. Pero sí queremos, así sea a la ligera, poner un ejemplo de lo que se ha ido realizando en el sentido de aclarar la etiología de estos estados; escojamos la demencia precoz.

ESQUIZOFRENIA

La mayor parte de los autores asimilan la demencia precoz a la esquizofrenia y sus modalidades. No así el profesor Claude, quien establece una amplia diferencia entre ellas. En el curso de estas notas se les da idéntico significado empleando indistintamente uno u otro término.

Han sido, sin duda, Marinesco y Nicolesco en Bucarest, y Nemerlander y Rouvroy en Lovaina, quienes han hecho al respecto investigaciones fundamentales sobre las estrechas relaciones existentes entre aquella psicosis y el bacilo de Koch, al cual se le atribuyen, cuando se vuelve neurotrofo, justamente como el treponema, las perturbaciones características de los estados esquizoideos. Estos investigadores lograron aislar un ultravirus de cuyos cultivos y pases sucesivos surgiría el bacilo de Koch; aquél, al penetrar en la intimidad de los tejidos, entorpece la gran función de la hematosis, disminuyendo la impregnación de oxígeno en aquéllos, y provocando la desintegración de los elementos minerales, disminuyéndoles de esta manera su capacidad de nutrición y de defensa. Ellos lograron establecer que dicho ultravirus era una forma preliminar del agente bacilológico y que a él se debería esa gama polimorfa de los estados llamados pretuberculosos, que de una parte disminuyen la re-

sistencia general, perturban las funciones vitales, aceleran, derivan o detienen el crecimiento, y de otra parte, en el sistema nervioso disminuirían la capacidad reaccional de la neurona, atacarían la mielina y harían del individuo la paradoja de un irritable nervioso por la desmineralización y sobre todo por la falta de calcio, y de un hipoemotivo e hiposocial por la mala conducción del fluido nervioso y por la falta de tensión a nivel de las sinapsis. A este respecto el profesor Vermeyleylen presentó en alguna ocasión varios casos de jóvenes tuberculosos, en los cuales había sido inducido a investigar la enfermedad únicamente por las perturbaciones de la afectividad en los momentos críticos de la adolescencia.

Cupo, pues, a aquellos investigadores, el honor de elevar a una jerarquía nosológica casi definida, toda una sintomatología vaga, confusa y llena de matices, que hace a menudo muy difícil la conducta del médico, no sólo ante ciertos sujetos jóvenes, cuyo organismo comienza a deteriorarse sin causa apreciable, sino y muy especialmente en los niños al fin de la segunda infancia y en la adolescencia, es decir, en el momento en que al iniciar su vida escolar reciben las primeras impregnaciones tuberculosas, o en el período en que los mecanismos hormonales de la pubertad, dan un impulso violento al desarrollo del esqueleto, poniendo de relieve todas las afecciones, carencias y disfunciones humorales que estaban latentes hasta aquel momento.

Algunas estadísticas hacen subir la relación entre la demencia precoz y las tuberculosis más o menos larvadas, hasta un ochenta por ciento.

No es que haya sobre este problema un consentimiento universal, nó: hay opositores y defensores cerrados del pro y el contra y ambos grupos exhiben investigaciones y estadísticas muy cuidadosas. Pero todos están de acuerdo en que, entre los esquizofrénicos hay mayor número de tuberculosos que entre los otros grupos demenciales, hecho que los unos se explican por los debilitamientos de todo género inherentes a la sintomatología de aquella psiconeurosis y que los otros aceptan por la identidad de los factores etiológicos.

OBJECCION APARENTEMENTE FUNDAMENTAL:

La única objeción importante a la organicidad de las psicopatías, la presentan los estudios e investigaciones de innega-

ble valor científico de la escuela de Viena, la que como es sabido, propugna por el psico-análisis de Freud como método de diagnóstico y de tratamiento, y las teorías de Pierre Janet sobre el análisis psicológico en estado de hipnosis y aun de vigilia y que fueron expuestas alguna vez entre nosotros por el profesor Montoya y Flórez; hace más de veinte años.

Todos los medianamente enterados en estas cuestiones, saben que la teoría freudiana está basada, primero, en que los traumatismos psíquicos recibidos en la primera infancia, es decir, en los momentos en que ni la conciencia ni la reflexión pueden defendernos de ciertas sugerencias, se clavan como cuerpos extraños en los dominios del subconsciente, los cuales es preciso expulsar por medio de la catarsis psíquica para evitar que se transformen en focos de neurosis; y segundo, en la lucha que dentro del individuo sostienen las dos tendencias que se disputan el dominio de la personalidad, es decir, las inferiores que tienden al bienestar neuro-vegetativo, a la satisfacción de todos los instintos y a la realización plena de las inclinaciones primitivas, y la tendencia superior que tiende a imponer el yugo social y moral a aquéllas, mediante las normas éticas con que la sociedad civilizada limita la actividad del individuo en salvaguardia de la colectividad y de la especie. De esta lucha, repetimos, surgen los complejos de inferioridad, las aberraciones instintivas, los caracteres extravagantes, las fobias y obsesiones y todos esos síntomas que hemos observado en la exageración o disminución de las disposiciones de la personalidad; y todo esto orientado por la fuerza incontrolable de la libidine.

Aunque la casuística relacionada con estos asuntos es muy abundante, queremos anotar en seguida dos casos que nosotros pudimos seguir por lo menos en alguna de sus fases y que ilustran perfectamente la cuestión planteada en el párrafo anterior:

Niño X, de tres años, hijo de un alcohólico, entra de improviso al cuarto de su padre y lo encuentra ahorcado pendiente de una cuerda. Ante este cuadro pierde el conocimiento por algunos minutos y, al recobrarlo, olvida por completo lo ocurrido. Pasa el tiempo y X se revela como un perverso constitucional, pues a los nueve años había pasado por casi todos los correccionales de Bélgica, sindicado como criminal incorregible. A los once años es enviado a un director de prisión es-

pecializado en psico-análisis, a la vez que era doctor en medicina. Este comienza una reeducación sumamente difícil durante la cual, a cada paso, se siente abrumado por aquella incontestable rebeldía. X no es intimidado por nadie ni por nada, no llora nunca, no se queja de nada y recibe las manifestaciones generosas con gran indiferencia. El director del penal, al conocer sus antecedentes, idea un plan: reconstruye fotográficamente la escena en que un niño idéntico a su pupilo, encuentra a un señor idéntico al padre de aquél, colgado de una cuerda. Al ver este cuadro, X se estremece casi inconscientemente; ese cuadro inductivo despierta recuerdos olvidados que lo sacuden con violencia y lo hacen estallar en sollozos. De este momento en adelante, la conducta del joven cambia radicalmente, convirtiéndose en un tipo modelo.

R, niño abandonado, de siete años, duerme sobre un banco del parque por la noche. Se incorpora y penetra en una barraca de madera a cumplir una función fisiológica. Enciende un fósforo y por inadvertencia lo arroja sobre unos papeles, que se encienden arrasando el cuartucho. Policías y curiosos persiguen al golfo inocente, lo aherrojan y lo juzgan como incendiario, sin dejarle oportunidad de justificarse. Desde aquel momento cada que ve un montón de papeles, una casa pajiza, un líquido inflamable, acude a su mente la emoción del primer incendio y se siente dominado por una horrible angustia que lo arrastra al objeto inflamable. A los doce años, había sido juzgado por más de treinta y cinco incendios.

Pero esta objeción de que venimos hablando y que tanto ha hecho pensar a los psiquiatras debido a los éxitos innegables obtenidos por el psico-análisis y el análisis psicológico, no es real sino en parte. Lo que sucede a nuestra manera de ver, es que estos traumatismos psíquicos sólo dejan huella perdurable en aquellos temperamentos predispuestos cuya estructura psico-fisiológica está ligada a anomalías congénitas o precozmente adquiridas de las regiones de la corteza en donde se elabora la actividad psíquica, anomalías de organización, de reacción o de nutrición, anomalías imponderables o inasibles a nuestras técnicas de exploración y que se traducen por una fragilidad de la personalidad total, fácilmente vulnerable, sobre todo en su período evolutivo.

Es sobre estas constituciones mórbidas, y sobre esas anomalías oscuras y permanentes, donde reposa la patología men-

tal mal llamada inorgánica. Sin embargo, los autores que la consideran como tal, se batan en retirada y refugian su indecisa concepción en lo que ellos llaman afecciones dinámicas y funcionales del cerebro, para oponerlas a las afecciones lesionales del mismo.

Es un hecho de observación corriente que las manifestaciones psicopáticas se revelan en lo general durante las etapas en las cuales el individuo pasa por períodos críticos, ya sea en relación con su metabolismo orgánico o con su metabolismo psicológico, es decir, durante las oscilaciones extremas de estos dos metabolismos; y es justamente en esos períodos cuando es más vulnerable a los traumatismos psíquicos y a los choques emocionales. En ese momento su tensión nerviosa o anímica no es casi apta para hacer funcionar los resortes inhibitorios y no tiene la fortaleza necesaria para resignarse a las imposiciones sociales; entonces es cuando la personalidad en movimiento desacordado se desplaza hacia el delito o hacia la neurosis. Es notorio, además, que el individuo en estas condiciones no reacciona de frente sino en el sentido de la menor resistencia: la cólera y el mal humor a que lo inducen los acontecimientos de la vida diaria, no se exteriorizan sino raras veces en presencia de quien lo puede perjudicar, sino sobre el servidor humilde o la familia inermes. Por otra parte, una estadística que encontraremos más adelante, revela que un alto porcentaje de mujeres delincuentes o que en un momento dado presentaron síntomas anormales en su conducta, su delito y sus manifestaciones, tuvieron lugar en períodos críticos relacionados con su fisiología genital.

REFLEJOS CONDICIONALES

Además, las experiencias hechas en Leningrado por Pawloff y adelantadas por sus discípulos, respaldan también estos puntos de vista. La capacidad para formar reflejos condicionales depende de muchas circunstancias: sujetos jóvenes, de corteza cerebral intacta, de determinada constitución nerviosa; por otra parte, sujetos demasiado cansados reaccionan fácilmente hacia la inhibición; el hipertiroideo es más apto que el hipotiroideo; el hambre y la fatiga disminuyen la excitabilidad, mientras que los estimulantes como el alcohol y la estricnina producen una gran difusión en la formación de los reflejos, pero dificultan su concentración. Estos experimentos

han sido llevados al terreno psicológico y al biológico. En el primero, ha sido posible explicar por ellos la susceptibilidad a determinados excitantes, la adaptación fácil y aun agradable a situaciones de suyo penosas, el refuerzo de una emoción dada, por otras que obran al mismo tiempo aunque tengan distintas y aun opuestas finalidades; aún más: han tratado de explicar la epilepsia, el masoquismo y otros fenómenos de esta índole por el mismo mecanismo. Y en el terreno biológico, después de comprobar, berrivgracia, una hiperleucositosis o una hipertermia como respuesta a un reflejo dado, han llegado a abrigar fundadas esperanzas de crear ciertas formas de inmunidad por el mismo procedimiento. En la práctica diaria los médicos tratamos de explicar por mera sugestión, ciertos fenómenos que en el fondo no son sino reflejos condicionales: la inocente inyección de agua destilada que proporciona sensiblemente los mismos efectos de la morfina que habíamos venido aplicando y el refuerzo de este reflejo con el alcaloide de cuando en cuando, para economizarle al organismo una carga tóxica, sobre todo en los psicópatas. Así también el sujeto que para conciliar el sueño necesita un hipnótico, sabe que a menudo puede prescindir de él y que basta para los efectos perseguidos apurar los sorbos de agua con que tenía por costumbre ingerir la pastilla o tomar una especie cualquiera de éstas.

Es innegable, pues, que hay un impresionante paralelismo entre los reflejos condicionales y los estados extremos de las disposiciones de la personalidad: acaso la timidez, la impulsión, la vasodilatación que produce la vergüenza, la propensión a la cólera fácil, etc., no son en el fondo verdaderos reflejos cuyo momento de creación ignoramos, pero cuya fuerza nos domina y da la impresión de que la herencia o las condiciones de nuestra vida anterior abrieron a lo largo del sistema nervioso caminos desusados por donde se descarga, mediante causas triviales, la energía nerviosa? Pawloff subraya la importancia de estas investigaciones con las siguientes palabras: "En la actualidad estoy profunda y definitivamente convencido de que siguiendo el camino que hemos trazado, la inteligencia del hombre podrá triunfar al fin en el más importante de los problemas que jamás le hayan sido planteados y logrará conocer los mecanismos y las leyes de la naturaleza humana, con la cual alcanzará la verdadera y permanente felicidad".

CONTENIDO DE LAS PSICONEUROSIS Y SU EXTENSION

Todas las consideraciones que hemos hecho hasta aquí militan en pro de la tesis de que no hay enfermedades mentales de causa inorgánica. Pero esto no significa, no puede significar, que en las múltiples manifestaciones de éstas, en las formas como se construyen y en el contenido de sus expresiones y símbolos, no influyan en forma fundamental los factores psicológicos. La experiencia nos enseña que cada enfermo elabora su neurosis de acuerdo con su constitución y temperamento, de acuerdo con su educación y su cultura y con todos esos elementos más o menos imponderables que lo rodean, lo penetran y lo presionan. Y estas mismas ideas están indicando que el grupo de las pequeñas psiconeurosis, de los tipos fronterizos, de los psicópatas en potencia es casi ilimitado y que es sobre este inmenso conglomerado sobre el cual debe ejercerse la mayor vigilancia, si queremos hacer labor de fondo en pro de la preservación mental.

En un intenso libro del doctor Francisco Gómez Pinzón, ya citado atrás, recientemente publicado con el título de “Temas de neurología y psiquiatría”, y que fuera de su gran valor intrínseco tiene el gran mérito de ser la primera contribución fundamental que se ha dado a la luz pública en Colombia sobre los problemas que han sido el objeto de este estudio, trae un aparte que queremos transcribir, porque viene a corroborar las tesis sostenidas desde hace varios años por nosotros.

Dice así el doctor Gómez Pinzón:

“Estas son las razones por las cuales es necesario insistir públicamente acerca de la importancia que tienen las más ligeras desviaciones del temperamento y del carácter, que muchas veces pueden ser indicadoras de un proceso patológico incipiente. Un temor infundado, el miedo invencible a la oscuridad y a la soledad, una idea desagradable que no se puede alejar del campo de la conciencia, una crisis de tristeza sin causa que la justifique, un estado de indecisión para resolver los problemas más nimios, la necesidad imperativa de ejecutar un acto trivial y al mismo tiempo absurdo por carecer de finalidad, las equivocaciones repetidas a pesar de un esfuerzo mental para evitarlas, el olvido de acontecimientos conocidos que luego se evocan sin dificultad, los disgustos inmotivados,

las explosiones coléricas por sucesos baladíes, el aburrimiento y cansancio de la vida, la angustia sin fundamento racional, la timidez y el ruborizarse ante los superiores jerárquicos o las personas de sexo distinto, los procesos afectivos en que se mezclan simultáneamente la atracción y la repulsión, el amor y el odio, la alegría y la tristeza, las aberraciones instintivas y muchas otras manifestaciones que sería largo enumerar y que son compatibles con una completa lucidez y aun brillantez intelectual, son susceptibles de una terapéutica y pueden servir de indicio a un psiquiatra experimentado, para sorprender el comienzo de una enfermedad grave que es preciso combatir oportunamente". Hasta aquí el doctor Gómez Pinzón.

Es, pues, un error muy grave el pensar que todo el que no sea un perturbado completo, goza de una sólida salud mental, y es a combatir dicho error y a mostrar los peligros que encarna, a lo que se encamina la exposición anterior.

ES INCURABLE LA PSICONEUROSIS?

En cuanto a la incurabilidad de la psiconeurosis, puede decirse que esta creencia ha sufrido un duro golpe en los últimos años, y los que trabajan en estas cuestiones conocen las verdaderas resurrecciones alcanzadas con la terapéutica de los choques con el cardiazol y la insulina, para no citar sino los dos procedimientos que se han apuntado últimamente el mayor número de éxitos. No se debe olvidar tampoco la piretoterapia. El profesor Uribe Cálad, quien realiza entre nosotros una labor tan intensa como callada, pudiera citar un número apreciable de casos en los cuales no sólo ha sido posible reconstruir la unidad mental perturbada, sino también transformar en algunas ocasiones el temperamento individual. Lo mismo pueden atestiguar varios especialistas de la capital y del resto de la república.

GENERALIDADES SOBRE TRATAMIENTOS

Aquí caben muy bien algunas reflexiones sobre el complejo problema de tratamiento, las cuales tienen como base los postulados siguientes:

Primero: todo enfermo mental, sobre todo en período de crisis, es un intoxicado ya sea por factores endógenos o exógenos;

Segundo: en la casi totalidad de los casos, se trata de un individuo predispuesto, cuyos datos anamnésicos pueden servir de guía para su clasificación temperamental, sin la cual la dirección del tratamiento carecería de unidad y de orientación; y

Tercero: cada caso debe ser estudiado en sus diversos aspectos: psíquico, neurológico, endocrino, visceral y humoral, procurando indagar sobre cuál de ellos debe hacerse recaer con mayor intensidad la fuerza del tratamiento, pero sin olvidar que cada uno de estos aspectos es susceptible de una terapéutica sinérgica más o menos activa, que contribuiría, sin duda, al éxito general.

En cuanto a los tratamientos que pudieran considerarse aunque un poco impropriamente como específicos, basta con enumerar los más conocidos y su principal indicación.

Le tocó a la piretoterapia por el hematozoario, revelarse como una esperanza y aun como una realidad ante la parálisis general y sus similares, dando, según las estadísticas del hospital de enfermedades nerviosas de Hamburgo, un éxito más o menos rotundo de veinticinco a treinta por ciento, en casos tenidos hasta entonces por incurables.

Entre nosotros, el doctor Ernesto Uribe trató de hacer algunas experiencias en este sentido, en el manicomio departamental, pero no pudo obtener en los infectados accesos palúdicos francos, como si existiera en la mayoría de nuestros neurópatas una especie de inmunidad. Actualmente, con una técnica nueva han logrado salvar esta dificultad, de modo que la paludoterapia ha entrado en la práctica corriente del especialista.

Fuera del hematozoario, se ha empleado también el sodoku que es una espiroquetosis transmitida por las ratas, la espiroqueta de la fiebre recurrente, la vacuna antitífica y antipiógena, y otras por el estilo, con resultados no exentos de interés. También se han empleado con el mismo fin reactivos químicos como el azufre coloidal y otros.

Se ha ensayado asimismo la fiebre artificial, y nosotros pudimos ver en Róchester aplicaciones que duraban más de tres horas, con un dispositivo en el cual el paciente mantenía la cara fuera de la cámara, dentro de la cual la temperatura ascendía por encima de cuarenta y un grados centígrados. Parece que la fiebre artificial no ha tenido los resultados esperados. El factor terapéutico que obra sobre la psiconeurosis, no

es solamente la hipertermia, sino que hay sin duda factores de orden mucho más complejo que sólo entran en función mediante ciertas desintegraciones biológicas.

En cuanto a la insulinoterapia, cuya aplicación principal fue dirigida por Sakel contra el amplio grupo de las esquizofrenias, parece que ha dado tantos éxitos como la piretoterapia y es de menos complicada aplicación, aunque se corren grandes riesgos. Hoy es de uso diario en las clínicas de Bogotá con resultados satisfactorios y con muy pocos accidentes graves.

También se ha revivido dentro de la terapéutica de choques, la electroterapia por medio de descargas más o menos intensas, y más o menos ruidosas en todas aquellas psicosis que evolucionan en un fondo pitiático, o esquizoide, o resistentes a otros tratamientos, y aun como único procedimiento terapéutico: así tenemos el arco voltaico producido por intensas corrientes sinusoidales y el electro choque propiamente dicho que es una descarga violenta y repentina sobre el cráneo.

Entre nosotros, es la terapéutica convulsiva por el cardiazol la que ha proporcionado éxitos innegables; sobre esto se está preparando actualmente una tesis que tendrá sin duda una gran resonancia. Los resultados obtenidos por esta forma de tratamiento que nosotros hemos podido seguir, nos han dado gran satisfacción. Solamente el porvenir indicará la estabilidad de estas curaciones; hemos tenido conocimiento de algunos casos en los cuales, a pesar de un éxito completo, comienzan a regresar visiblemente a su antigua neurosis, después de varios meses de relativa calma. Este método fue aplicado primeramente en Budapest por Von Méduna.

LOBULOTOMIA

En cuanto a procedimientos quirúrgicos como tratamiento de las enfermedades mentales, fuera de las intervenciones sobre neo-formaciones incrustadas en la masa nerviosa o en las meninges, se ha ideado una operación llamada lobotomía, o lobulotomía, que consiste en una trepanación sobre el lóbulo frontal, con el objeto de cortar los haces córtico-talámicos que unen la masa frontal con el tercer ventrículo, es decir, la conexión entre las dos regiones cerebrales en donde parece radicar una mayor actividad de la vida mental y neuro-vegetativa. En la capital de la república se han practicado ya varias intervencio-

nes de esta índole con éxito notorio en los grandes desequilibrados resistentes a todos los tratamientos.

Resumiendo podemos decir: primero, que se ha ampliado mucho el horizonte hasta hace poco muy estrecho de la terapéutica mental, y segundo, que una vez conocidos los antecedentes de cada enfermo y el fondo en el cual se ha desarrollado su perturbación mental, y una vez investigada e interpretada escrupulosamente su fórmula neuro-vegetativa, el psiquiatra elige el procedimiento terapéutico más adecuado o combina algunos de ellos teniendo en cuenta en cada caso los factores individuales.

Es indispensable llamar la atención a los que han sido tratados en una u otra forma, con el objeto de que sigan un plan de vida de acuerdo con sus predisposiciones neuropáticas que continúan latentes; hay que recordarles que el episodio agudo ha pasado pero que su sistema nervioso seguirá siendo vulnerable y expuesto a recaídas, si no se sigue una rigurosa higiene mental, y que deben visitar periódicamente al médico para que les sirva de regulador y de orientador de todas sus actividades. Esto no tiene nada de extraordinario: el insuficiente hepato-renal, el bronco pulmonar, el cardíaco, etc. y en general todos los que tienen un aparato o sistema deficiente saben que deben acomodar su género de vida a esta fragilidad, so pena de verla agudizarse en forma peligrosa. Pues lo mismo pasa con el frágil nervioso, máxime si se tiene en cuenta que todo neurópata en potencia es un anafilactizado psíquico cuyo metabolismo basal y mental debe ser cuidadosamente vigilado. Al olvido de las anteriores consideraciones se debe sin duda la mayor parte de las recaídas.

HIGIENE MENTAL PROPIAMENTE DICHA

Llegamos, ahora sí, al objetivo central de este trabajo, y que puede resumirse en esta interrogación: es posible prevenir las psico-neurosis?

En tesis general puede responderse afirmativamente, con la aclaración de que es mucho más factible la profilaxia en los primeros años de la vida.

Fue justamente este aspecto de la higiene mental el que se analizó en una modesta comunicación leída ante la asamblea médica reunida en Medellín en agosto de 1932 y que corre publicada en "Anales de la Academia de Medicina" de esa

época, y que si la citamos hoy es porque a ella debemos el honor de ser miembros de este cenáculo científico.

Mas para saber cómo prevenimos, necesitamos penetrar un poco más a fondo en las causas predisponentes y determinantes y en la patogenia de las psicopatías, lo cual pasamos a tratar muy sucintamente.

La higiene mental implica: conservación y mejoramiento del equilibrio mental y profilaxis de las causas que pueden perturbarlo, lo que quiere decir que comprende dos aspectos: la profilaxis que es la reunión de medidas propias para defender al hombre de la psicopatía, y la higiene mental propiamente dicha, que es la reunión de medios propios para mantener en equilibrio el psiquismo humano, para mejorarlo y para perfeccionarlo en cuanto sea posible.

Puede decirse que la realización de estos postulados no será posible en el sentido absoluto de la palabra, sino cuando la etiología de las psicopatías sea suficientemente conocida. Pero por el análisis de las causas predisponentes y de las determinantes ya conocidas, sí se puede establecer sobre bases firmes una campaña que, bien orientada y dirigida, puede ser de gran eficacia. Vamos a enumerarlas muy someramente:

CAUSAS PREDISPONENTES

Entre las causas predisponentes tenemos la raza. Según varios autores, los judíos son los más propensos a la psiconeurosis; la parálisis general se observaría más a menudo entre los árabes, los negros y los chinos; los autores norteamericanos señalan que en su país es en donde la demencia es más abundante y lo comprueban con estadísticas concluyentes que el doctor Alexis Carrel reproduce en su libro: "*L'homme cet inconnu*".

En cuanto a la edad, la enajenación mental es más notoria en el período medio de la vida, mientras que las psicosis impulsivas y degenerativas predominan en el niño, la demencia precoz en el adolescente y la psicosis demencial en los viejos.

Con respecto al sexo, las estadísticas generales indican que las psicosis son mucho más comunes en el hombre: aunque Del Greco sostiene que la neurosis constitucional es más común entre las mujeres. Lo que significa que a los estados finales lle-

gan muchos más hombres que mujeres, pero que en las fronteras de la neurosis hay muchas más mujeres que hombres.

Parece asimismo que entre las carreras liberales, la demencia precoz y la parálisis general atacan especialmente a los militares, artistas, médicos, etc.; en cuanto a los obreros manuales, se registra notable aumento de aquéllas entre los que trabajan en industrias metalúrgicas y con sustancias tóxicas.

La influencia del estado civil es innegable, pues está ampliamente comprobado que el celibato y la viudez predisponen a la psicopatía.

Los factores enumerados hasta aquí tienen apenas una importancia relativa; no así los factores siguientes que son la educación y la herencia, los cuales sí tienen una repercusión insospechada sobre la vida mental.

Todo un capítulo pudiera escribirse aquí sobre cómo la educación desordenada, demasiado rígida o demasiado complaciente, o la falta de toda educación, favorecen el desarrollo de las psicopatías sobre todo en los descendientes de enajenados o de neurópatas. Los que están en contacto con la debilidad mental, pueden apreciar bien hasta dónde este factor tiene importancia en las génesis de la neurosis o del delito. Joffroi anota que los hijos naturales serían particularmente expuestos a la locura por razones claras.

En cuanto a la herencia, todos los autores reconocen que es el elemento más importante de la predisposición psicopática: mediata o atávica, directa o colateral, similar o disimilar, compleja o simple, ella se encuentra en el noventa por ciento de los casos de psicopatías. La consanguinidad acumula sobre los descendientes los caracteres buenos y malos de sus antecesores y puede ser la causa de constituciones anormales o de tipos ejemplares de raza.

Este problema de la herencia ha sido intensamente tratado por todos los hombres de ciencia, especialmente en los Estados Unidos, y a pesar de las teorías más o menos novedosas de los últimos tiempos, las de Mendel siguen mostrando su exactitud y a ellas van regresando aun aquellos que las habían abandonado. De las estadísticas más recientes no se pueden desprender aún conclusiones precisas, pero sí impresiones convincentes sobre algunas formas de psicosis. Por ejemplo, parece que en la locura doble o circular las leyes mendelianas

aparecen exactas, y en cambio serían menos netas en la demencia precoz; la epilepsia acusa singulares relaciones hereditarias con las perturbaciones de la palabra y con la debilidad motora, en la cual están clasificados los individuos izquierdos. En cuanto a la herencia de las cualidades intelectuales y morales, Davenport llega a un curioso resultado: la dromomanía, o sea la impulsión a cambiar de ambiente, sería transmitida por la madre aunque ella no presente esos caracteres en forma notoria, y así otras neurosis.

Parientas muy próximas de la herencia como las llama Potet, son las causas relacionadas con los accidentes, infecciones, intoxicaciones y emociones que sobrevienen en los generadores en el momento de la concepción y durante el embarazo, y en el niño después de su nacimiento.

NOCIONES SOBRE EUGENESIA

Sobre este asunto conviene recalcar la importancia que tendría la ilustración de los futuros padres, en determinados temas relacionados con la herencia. Con muy justificada razón se han creado en Estados Unidos algunos centros de eugenesia, a donde acuden los interesados a solicitar consejos relacionados con la paternidad. Allí se les pone de presente los riesgos de un hijo engendrado después de un día de intenso trabajo físico o mental, o bajo la acción de estimulantes artificiales como el alcohol; se les recuerda la importancia que tiene el terreno —que en este caso es el organismo materno— y cómo deben abonarlo para que produzca los mejores frutos; se les indica una terapéutica apropiada que contrarreste hasta donde sea posible las taras existentes en los progenitores, terapéutica que será especialmente activa si hay notorias predisposiciones, o si entre los hijos ya nacidos hay fragilidades orgánicas sospechosas.

A la ignorancia que existe a este respecto, aun en personas de cierta cultura, y a la carencia casi completa de una preparación especial a la iniciación de la vida matrimonial, es sin duda a lo que se debe la alta morbilidad del primogénito, la cual en países como Suiza que tiene una estadística exacta de todas sus lacras sociales, alcanza a más de un cuarenta por ciento, y que entre nosotros, según nuestra estadística personal, pasa del sesenta por ciento..

Todas estas causas predisponentes pueden reducirse a dos:

las degenerativas en individuos fuertemente tarados y que llevarían a la idiotez, a la debilidad mental y al desequilibrio extremo de la conducta, y las predisponentes simples que formarían el terreno de las constituciones morbosas. Entre las primeras, la predisposición es tan activa que ellas solas dan origen a la psicopatía; entre las segundas es necesario una causa determinante para que surja la perturbación mental que había estado en potencia o que se había manifestado por signos más o menos larvados.

Debemos agregar que esta predisposición puede ser congénita o adquirida, según que obren los factores hereditarios o un cúmulo de causas predisponentes, sobre todo en los períodos críticos de la vida, como dijimos atrás.

CAUSAS DETERMINANTES

Entre las causas que en un momento dado pueden producir perturbaciones mentales, podemos anotar las siguientes: ya habíamos hablado de paso sobre el papel preponderante de la sífilis y de la tuberculosis en este sentido; y sólo nos falta llamar la atención sobre ese grupo de enfermedades comunes que son susceptibles de provocar reacciones de las meninges y de los centros nerviosos, tales como la fiebre tifoidea, el paludismo, las encefalitis, la neumonía, etc.

Las intoxicaciones tienen también a su cargo un número crecido de psicosis. Sabido es que éstas pueden ser: endógenas, tales como las insuficiencias hepáticas, renales, gastrointestinales y otras, las que al debilitar el organismo van a repercutir sobre el sistema nervioso que es quien tiene bajo su control las defensas generales; o exógenas, entre las que ocupa el primer puesto el alcoholismo de que tanto se ha hablado, y sobre el cual sólo queremos hacer notar que, fuera de su influencia tóxica, ejerce una acción fijadora sobre la herencia psicopática, es decir, que desde que a la debilidad hereditaria se úna la intoxicación alcohólica, la ley de Mendel en cuanto a los productos degenerados, es sobrepasada en forma notoria; por lo menos esto es lo que se deduce del análisis de las grandes familias cuya descendencia ha sido bien puntualizada y en las cuales aparece el alcohol obrando conjuntamente con la neurosis. También merece citarse el morfínismo, el cocainismo, etc.

Nos habíamos referido más atrás al hecho experimental

de que la psicosis y su pariente próximo el delito, surgían más comúnmente en momentos en que el individuo pasaba por un período crítico en su vida fisiológica o espiritual, como lo confirman copiosas estadísticas presentadas por autores de varios países; algunos hacen hincapié sobre la peligrosidad que en este sentido tienen la pubertad y la menopausia; y otros muchos, lo mismo que algunos de nuestros médicos, pueden testimoniar sobre casos precisos de accesos demenciales durante el embarazo y la lactancia y aun en las horas del parto.

Ballet, Calmeil y otros les dan a las variaciones extremas de la presión barométrica y de la temperatura, una gran importancia en este sentido, es decir, que en los grandes y prolongados calores, lo mismo que en los grandes fríos, en los días de atmósfera pesada y con motivo de alguna insolación, han asistido al estallido de muchas psiconeurosis.

Importancia considerable les asignan también Regis, Hartmann y otros, a los traumatismos generales y especialmente a los cerebrales; sin duda ninguna es por la auto-intoxicación que provocan y por la conmoción y el contrachoque a nivel de los centros nerviosos, por lo que pueden suscitar perturbaciones de alguna gravedad y aun engendrar verdaderos estados demenciales; en este mismo grupo podría entrar el choque quirúrgico: nosotros hemos podido seguir dos casos, el uno de un delirante perseguido y el otro de un melancólico cuyas manifestaciones estallaron pocas horas después de una intervención quirúrgica.

CAUSAS PSIQUICAS

Y vienen ahora las causas más complejas y numerosas y por lo tanto las más importantes de las hasta aquí enumeradas: nos referimos a las causas psíquicas. En el orden intelectual tenemos en primer lugar el cansancio nervioso, el trabajo mental sin método y llevado hasta el agotamiento, el misticismo exagerado y las supersticiones y consejas espeluznantes y todos esos períodos tumultuosos de agitación multitudinaria, que llevan la excitación a todas las capas sociales, tales como las campañas políticas, las catástrofes y las guerras. La experiencia nos enseña que estos hechos, que son ahora de diario suceder, aumentan notablemente el número de los alienados.

En cuanto a las causas de orden afectivo, tenemos las penalidades, las emociones intensas y prolongadas, el aislamien-

to y en general el rechazo brusco y torpe de los instintos vitales. En este mismo renglón pudiéramos hacer entrar los ejemplos perniciosos, las sacudidas colectivas, el contagio mental, el cine como causa especialísima y de largo alcance, etc. Todos los autores inculpan asimismo a la civilización actual, a la lucha por el pan diario, al ruido de las grandes ciudades en donde todo conspira contra la salud mental, en donde se trabaja de prisa entre la trepidación y el bullicio, en donde el obrero vigila la máquina o se vigila a sí mismo y entrega una labor que exige una atención fatigante, la cual no ha sido suficientemente apreciada; en donde el hombre de negocios y el profesional tienen a cada paso que interrumpir sus esfuerzos mentales intensos y variados, para atender la llamada telefónica que los asedia y los irrita, y en donde la ambición y la especulación no se satisfacen ya ni con castillos ni millones. Es en esta Babel en donde incuba perenne y pertinazmente la neurosis; es entre todo este ejército de insatisfechos, mal preparados por su atavismo, por su herencia o por su educación, en quienes el humor permanentemente alterado, la aptitud mental amargada ante el triunfo de los otros y su propio fracaso, van aflojando los resortes de la voluntad; la visión de la vida se ensombrece, se va debilitando paulatinamente la organización mental, hasta que se sitúan en la frontera de la psicosis, cuando no se entran de rondón en el caos de la incoherencia.

Resumiendo podemos decir que entre las causas predisponentes, es la de herencia la de acción más preponderante, y entre las determinantes son los factores psíquicos, el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis las que golpean más reciamente al psiquismo. A esto se agrega la coincidencia infortunada de que estas diversas causas no obran aisladas sino que con excesiva frecuencia se acumulan sobre una misma familia o sobre un mismo individuo, produciendo verdaderos desastres.

PATOGENIA DE LA PSICOPATIA

Puede muy bien notarse que este aparte de la cuestión que enunciamos ha quedado esbozado atrás, al menos en lo que concierne a los principios fundamentales que permiten una apreciación global del problema de la neurosis. Es verdad que no es posible todavía y quizás no lo será nunca, conocer el mecanismo íntimo por medio del cual las causas enumeradas más

arriba pueden engendrar las perturbaciones mentales, ni conocer por cuál proceso la acción de cada una o de varias de ellas pueda llegar a transformar, o mejor dicho a perturbar el funcionamiento normal del psiquismo. Hemos hablado de las grandes síntesis de Dupré, de Delmas y Boll, de Kretshmer, de Freud y de Pawloff, a las cuales pudiéramos agregar las de Levi, quien estudia las profundas relaciones existentes entre los mecanismos endocrinos que obrarían como factor predisponente y los coloido-clásicos, como estados subfloculares previos de los centros vasomotores, los cuales en un momento dado darían lugar a la floculación y a las crisis más o menos prolongadas que él llama angiocrinolepsias; las de Laignel Lavastine, quien acomete a fondo por un método propio que él llama concéntrico, el estudio de las diversas psiconeurosis: primero por el aspecto superficial y luego por el más profundo, analizando con un gran acopio de doctrina las zonas marginales que enmarcan el punto psicogénico y sus respectivas derivaciones, desde la zona psíquica pasando por la nerviosa, la endocrina y la visceral, hasta terminar con el núcleo morbífico siempre orgánico según él, del cual partirían verdaderas constelaciones dinámicas hacia las capas externas; las de Heppinger y Hess quienes enfocaron el problema de las diátesis simpático y vagotónicas con sus respectivas reacciones físico-químicas, las cuales le darían un colorido especial a la actitud mental, haciéndola optimista o pesimista, con predominio de la razón o del sentimiento, etc. Y con éstos, una teoría de investigadores y de sabios que han tratado por todos los medios a su alcance, de descubrir y precisar la conexión que se rompe o se afloja cuando la conciencia se desorienta o se diluye.

Afortunadamente para el fin que nos proponemos, el hecho de que estos problemas continúen en el terreno de la hipótesis, no quiere decir que debemos cruzarnos de brazos ante su abrumadora complejidad.

REALIZACIONES POSIBLES DE LA HIGIENE MENTAL

De lo dicho hasta aquí pueden al menos inducirse algunas ideas generales con las cuales es posible iniciar una campaña salvadora. Ciertamente que podemos muy poco contra las causas predisponentes que dependen de la raza, la edad, el sexo y los

factores cósmicos, pero sí podemos hacer mucho contra los vicios de educación, contra los peligros de una falta de orientación en ese sentido; y podemos también obrar directa o indirectamente sobre las causas hereditarias, haciendo llegar hasta los progenitores el sentido de la responsabilidad de la paternidad, con las nociones eugénicas más aceptables y sus posibilidades de realización. Contra las causas determinantes, los poderes públicos pueden hacer mucho para combatir las enfermedades y vicios más psicógenos, y las entidades responsables pueden orientar una campaña científica contra los traumatismos psíquicos, propugnando por una organización más serena y menos agitada de la existencia. Es preciso sustraer hasta donde sea posible de las influencias de aquellas causas, a los predispuestos, a los tarados, a los que viven en tensión nerviosa continua, es decir, a aquellos que se mantienen en las fronteras de la neurosis; de allí la importancia de las escuelas especiales para niños de difícil educación, de los reformatorios para menores, de las escuelas vocacionales, de cursos especiales para futuros padres, y sobre todo, de un Dispensario de higiene mental, que así como el tuberculoso y el profiláctico, dé a la sociedad orientaciones y normas protectoras de su salud mental.

Pero sería posible atenuar o hacer desaparecer una predisposición hereditaria o adquirida?... Atenuarla, sí. Hacerla desaparecer, no lo creemos todavía posible, aunque algunos resultados de tratamientos recientes nos hacen concebir esperanzas. Por ejemplo podemos citar dos casos cuyos resultados y consecuencias hemos logrado apreciar debidamente: se trata de dos señoritas de veinticinco y treinta años de edad, respectivamente, ambas de constitución esquizoide, retraídas, asociales, intravertidas, de tipo leptosoma o longilíneo, es decir, dos casos que encuadran perfectamente en la clasificación de Kretschmer. Una de ellas, la mayor, con motivo de un choque quirúrgico, presentó un delirio agudo persecutorio que hizo necesario su internamiento en el manicomio, en donde fue tratada por el cardiazol. La menor, cuya personalidad presentaba una agudización periódica de su predisposición neuropática, se prestó voluntariamente al tratamiento sin necesidad de hospitalización. Ambos resultados fueron óptimos y las pacientes fueron reexaminadas cuatro y seis meses después, constatándose en ellas un cambio muy marcado en su comportamien-

to social: se mostraron más expresivas, más espontáneas y comunicativas, y sus familiares confirmaron una mejor adaptación a la vida familiar, como si se iniciara en ellas una transformación de su antigua personalidad. Conocemos por referencia otros casos similares.

Sin embargo, estos resultados apenas comienzan a ser debidamente registrados y les falta todavía cierto control que sólo será posible con el tiempo y mediante una rigurosa observación sobre cada uno de ellos. Por lo tanto, debemos, hasta nuevas comprobaciones, considerar las predisposiciones como definitivas; pero sí podemos, en cambio, poner al predisuesto al abrigo de ciertas causas determinantes, sí podemos organizar la vida de ese individuo de acuerdo con su capacidad de trabajo, su nivel intelectual, sus principales orientaciones afectivas, su grado de fatigabilidad, etc.; y en esta forma probablemente sería posible defenderlo. A este respecto dice Toulouse: "Ante la amenaza de peligro, el predisuesto una vez diagnosticada su predisposición, deberá suprimir resueltamente todo lo que es contrario a la higiene, todo lo que se oponga a una vida tranquila y bien regulada, ya que son ellos los que más necesitan de método, de modo que las horas de reposo, de alimento, de lecciones, de diversiones, etc., sean cuidadosamente sincronizadas y cuyas labores y esfuerzos sean de tal manera que el sujeto se sienta capaz de realizarlos. Habrá que alejarlo de todos los excitantes ya sean afectivos como las fuertes emociones, o ya de orden físico como el tabaco, el cigarrillo y el café".

"Será necesario organizar en ellos una sabia disciplina del espíritu contra las obsesiones y las exageraciones de todo género, las cuales podrían degenerar en la neurosis, como por ejemplo el hecho de fijar la atención sobre hechos insignificantes, su concentración prolongada sobre fantasías y ensoñaciones y la falta de control sobre pasiones y emociones".

Aplicadas precozmente estas nociones pueden ser eficaces. Pero es preciso preparar la mentalidad del médico para que pueda ver claro en el conjunto de las disposiciones naturales, dónde comienza a insinuarse la predisposición, y que se lleve al público la idea concreta de que debe acostumbrarse a pedir apoyo y consejo en el sentido de mejorar su vida mental, o por lo menos de conservarla.

Son muchos los autores que tratan de resumir en princi-

pios más o menos concretos las normas de higiene mental. Y hay quienes como Mignard llegan a dar una especie de dietética del pensamiento que favorezca su buen funcionamiento, como por ejemplo: evitar que una idea cualquiera se posesione del campo de la conciencia; no retrotraer a la mente las mismas preocupaciones y los mismos sentimientos, sobre todo si son desagradables; habituarse a hacer de tiempo en tiempo el vacío mental que consiste en no pensar en nada trascendente, etc. Pero no es esta la ocasión de traer a colación un código de estas proporciones. Basta para dejar cumplida nuestra misión, haber expuesto a grandes rasgos las ideas directrices sobre un problema tan vasto, ante el cual solamente nuestra audacia de diletantes se ha atrevido; pero que se abone al menos el esfuerzo realizado para llamar la atención de la Academia de Medicina sobre un tema que consideramos trascendental.

CONCLUSIONES

1ª. De acuerdo con las más recientes investigaciones, se ha llegado a la presunción de que la mayor parte de las psiconeurosis tienen esencialmente una causa orgánica, ya sea lesional o funcional, aunque su contenido esté integrado por factores psicológicos morales y sociales.

2ª. Es evidente la propagación alarmante de las enfermedades mentales en todo el mundo, y la carencia en Colombia de una profilaxis organizada en este sentido, la cual debe ser orientada por una entidad ampliamente autorizada.

BIBLIOGRAFIA

Fuera de las obras citadas en el curso de este trabajo, han sido consultadas las siguientes:

Ch. Blondel.—“La conscience morbide”.

Bergson.—“L'energie spirituelle”.

Collin.—“Les enfants nerveux”.

Cossa.—“Physio-pathologie du systeme nerveux”.

Berjer.—“Encephalograms in man”.

Manuel Antonio Rueda.—“Conferencias de psiquiatría”.

Lázaro Uribe Cálad.—Idem.

Edmundo Rico.—Idem.

Colección de “Mental Hygiene Bulletin”.

- Colección de "Journal Belge de neurologie et psychiatrie".
Marinesco.—"La histeria y los reflejos condicionales".
Pablo A. Llinas.—"Anotaciones sobre algunos fenómenos del sistema nervioso".
Anselmo Gaitán.—"Responsabilidad de los enajenados".
Minkowsky.—"Esquizofrenia".
Maurice Fleury.—"La angustia humana".
Pierre Janet.—"Medicina Psicológica".
Segismundo Freud.—"El psicoanálisis en medicina".
Fay.—"Psiquiatría infantil".
Boven.—"La science du caractère".
Vermeulen.—"Les debiles mentaux".
Hesnard.—"La Psychanalyss".
C. Jung.—"L'inconscient".
Pierre Janet.—"De L'angoise a l'extase".
 Tomos primero y segundo de "L'evolution psychiatrique".
 Primero y segundo tomos de "Medicine et Education".
J. Ingenieros.—"Principios de Psicología biológica".
M. Potet.—"Hygiene mentale".
Laignel Lavastine.—"La Méthode Concentrique dans l'étude des Psychonévrosés".

**Proposiciones aprobadas con respecto al trabajo del
 Académico Dr. Eduardo Vasco.**

1ª Constitúyase dentro de la Academia de Medicina de Medellín una comisión permanente, integrada por lo menos por tres miembros, con el objeto de estudiar y poner en práctica todas las medidas conducentes a la realización de una campaña de higiene mental.

2ª Envíense a las Academias de Medicina existentes en el país, sendas comunicaciones con el fin de informarlas sobre el particular y sugerirles la creación de una comisión similar dentro de cada una de ellas y solicitarles el intercambio de ideas sobre tan importante tema.

3ª Solicítese del Presidente de la Federación Médica Nacional, que en la próxima asamblea que se está proyectando se dé especial importancia a ponencias relacionadas con la higiene mental.

TRABAJOS DE LA ACADEMIA

DR. GONZALO BOTERO DIAZ

Desembocadura Uretral

Presento a la consideración de la honorable Academia algunas observaciones sobre desembocadura de los ureteres al intestino y en especial a la S íliaca.

Cuando hay una exclusión de la vejiga, por una de múltiples causas, como cáncer vesical, uterino, traumatismos con grandes desgarros, y en general, cuando por una u otra causa no se pueda restablecer la corriente urinaria por las vías naturales, se acude a desembocar los ureteres sea a la piel, ureteropieloneostomía, o a una de las distintas porciones del intestino, ureteroenteroneostomía.

Anatomía

El uretero es un conducto cilindroide de treinta centímetros de largo por cinco milímetros de ancho que va del vértice del bacinete a la vejiga. En un principio es vertical hacia abajo y en la bifurcación de la íliaca primitiva es oblicuo hacia afuera para ganar la parte inferior de la cara posterior de la vejiga.

Tiene una porción lumbar, íliaca, pelviana y vesical. Nos interesan las dos últimas. La porción pélvica de catorce centímetros tiene una parte descendente y otra transversal. En el hombre la porción descendente pasa sobre la arteria íliaca interna por su cara anterior en el lado derecho y siguiendo la cara interna en el lado izquierdo. La porción transversal está detrás de la aponeurosis ombilicoprevesical y pasa entre la vesícula seminal y la pared vesical. En la mujer la porción longitudinal es la misma que en el hombre, y la porción transversal camina por la base del ligamento ancho, llega a la vagina, cruza la pared vaginal anterior y atraviesa la vejiga

por un orificio redondeado u ovalado. Está irrigado por las arterias espermáticas, hipogástricas y vesicales.

La base de la vejiga tiene en su cara posterior, pared interna, el triángulo de Lieutaut, cuyos ángulos superiores están marcados por los orificios de los ureteres y el anterior por el orificio posterior de la uretra. El bajo fondo de la vejiga está inmediatamente detrás del triángulo trigonovesical. En esta parte la vejiga está separada de la vagina por un tejido conjuntivo flojo con abundantes fibras elásticas.

Histología

Histológicamente el uretere está constituido por una túnica mucosa, una muscular, y una adventicia. En la túnica muscular formada de fibras lisas se encuentran dos capas; una interna de fibras longitudinales y una externa integrada por fibras circulares. En el tercio inferior del uretere existe además otra capa externa de fibras longitudinales. La mucosa está constituida por un epitelio mixto.

Fisiología

La orina progresa en los ureteres por la fuerza de *visat ergo* y por las contracciones de las fibras musculares lisas, sea longitudinales o sea transversales.

Las contracciones ureterales son movimientos peristálticos que arrancando del bacinete van hasta la vejiga a una velocidad de tres centímetros por segundo. Cuando la secreción urinaria aumenta, dichos movimientos son más frecuentes.

La causa de las contracciones se debe quizá a la distención que la orina devenida del riñón ejerce sobre el uretere y al automatismo de los mismos ureteres debido seguramente a la innervación propia; de allí que fragmentos aislados de ureteres conserven por algún tiempo sus movimientos rítmicos. Causas nerviosas pueden modificar las contracciones ureterales; si se excitan los ramos de unión entre el ganglio mesentérico inferior y el plejo hipogástrico, los movimientos ureterales se aceleran: la excitación de los espláncnicos los detiene.

Una cosa hay que tener bien presente, y es que si se cortan los ureteres los movimientos peristálticos persisten solamente por espacio de dos horas y que de allí en adelante la orina sólo caminará por los ureteres por la fuerza de *visat ergo*.

Patología

Aparte de las heridas de la vejiga producidas por tumores malignos; de heridas traumáticas entre las cuales mencionamos las hechas con armas de fuego, tenemos las heridas vesicales producidas durante el parto. Si existe un cistocele adelante de la presentación y se punciona por error, queda una fístula en el bajo fondo vesical. No es raro pero se ve el caso de abrir un cistocele creyendo que es la bolsa de las aguas.

Durante el trabajo las fístulas vesicales tienen una etiología múltiple. La presión prolongada de la pared vesical entre el pubis y la cabeza fetal, como sucede en los partos largos, laboriosos, abandonados a sí mismos, y en los cuales la cabeza permanece en la excavación por espacio de dos a tres días. En los casos de enclavamiento prematuro de la cabeza; en las presentaciones de cara y de frente cuando la compresión sobre el mismo punto de los tejidos dura más de dos horas. En estos casos primero viene una isquemia de los tejidos con mortificación y al cabo de uno, dos o tres días viene el esfacle de la parte mortificada. También se producen las fístulas vesicales en algunas operaciones obstétricas, como aplicaciones de forceps en el estrecho superior, basiotripsias y embriotomías.

En las operaciones ginecológicas y en especial en la histerectomía total para cáncer, no es raro el romper la pared posterior de la vejiga. Con mucha frecuencia las fístulas vesicales de origen obstétrico vienen acompañadas de fístulas rectales más o menos grandes. Al servicio hospitalario llegan las enfermas con fístulas vesicovaginales, vesicouterinas o vesicorectovaginales establecidas hace cuatro o cinco meses.

Por la incontinencia de orina producida por las fístulas y la acción irritante llegan con erosiones y úlceras de la vagina, los grandes labios y hasta la piel vecina de los órganos genitales externos.

Frecuentemente vienen acompañadas las fístulas de una metroanexitis de más o menos consideración.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico de las fístulas vesicales, así como el tamaño y su localización, se hace por varios procedimientos. A veces es fácil, con el solo tacto vaginal, cuando la fístula es grande y de posición vaginal, darse cuenta de ella. Otras veces,

con la ayuda del espéculo y un estilete localizamos su situación. Igualmente, por medio de una sonda uretral, siempre que no exista estrechez, lo que es frecuente en las fístulas vesicales traumáticas, sea inyectando un colorante intravesical, o por medio del cistoscopio. Hecho el diagnóstico de la fístula, averiguado su tamaño y localización, nos queda proceder al tratamiento.

Si la fístula es pequeña y su orificio está retirado tanto de los orificios ureterales como del orificio uretral, se intentará el cierre sea por vía vaginal, sea por vía intravesical, o bien por vía peritoneal, y al efecto se echará mano de uno de los múltiples procedimientos que para el efecto existen.

Pero si la fístula es grande de modo que al cerrarla exista el temor de quedar incluídos en la sutura los ureteres, o la uretra, o si no han dado ningún resultado los procedimientos anteriormente enunciados, se procederá a la implantación de los ureteres en otros sitios, y, en especial, a una de las distintas partes del intestino grueso.

Como no hablamos de ureteroplastias, ureterectomías, ureterorrafias, ni de ureteroneo-cistostomía, ni de implantaciones a la piel, apenas sí las mencionamos para decir unas cuantas palabras de la ureterocolostomía.

La desembocadura del uretere en el intestino grueso es un recurso de necesidad del cual nos valemos cuando su implantación en la vejiga es imposible. Puede desembocarse en el colon ascendente, en el descendente o en el pelviano. La operación es practicada sobre el uretere lumbar o pelviano.

Siguiendo a Lequec-Ricard y Maurer, voy a decirlos cómo la practico.

Celiotomía mediana etc.

Desembocadura ureteral en dos tiempos. Abro el peritoneo parietal, descubro el uretere hasta su implantación en la vejiga, lo desprendo de la vagina ligando el muñón vesical. Por otra parte reparo el colon descendente y en una de sus bandas musculares hago un túnel que va por entre la mucosa y la musculosa, de un centímetro de longitud. Como el uretere lo he cortado a bisel, paso un hilo a medio centímetro de su extremidad, lo introduzco por la parte superior de la brecha abierta en el intestino, perforo la mucosa en la parte inferior de dicha brecha y allí introduzco el cabo ureteral.

Fijo el uretere a la musculosa, cierro las dos brechas del túnel. Protejo la parte del uretere que ha quedado descubierta con una nueva brecha del peritoneo posterior y la operación está terminada. La desembocadura del uretere opuesto la hago dos centímetros arriba de la anterior en una banda intestinal distinta.

Algunos autores introducen en los cabos uretrales sondas delgadas que salen al exterior del intestino; esto con el objeto de que la orina no se infecte en los primeros días y la sutura sea mejor. Otros como Cofei, quien hace la operación en dos tiempos, obstruyen transitoriamente la luz ureteral de modo que al caer el hilo al sexto día se restablece la corriente por completo.

En cuanto a la implantación en el intestino, hay unos que tallan un colgajo cuadrilátero de pedículo superior, de dos centímetros de alto y un centímetro de ancho, colgajo que comprende la serosa y la musculosa; después cortan la mucosa plegándola sobre sí misma de manera de formar una válvula mucosa, fijan el uretere sobre la cara superior de esta válvula y rebaten el colgajo sero-muscular protegiendo así la parte inferior del uretere.

Otros desembocan un uretere en otro y así tienen que abocar solamente un cabo al intestino. Unos desembocan el uretere derecho al colon ascendente y el uretere izquierdo a la S ilíaca.

En un principio y siguiendo la técnica del Dr. Abelardo Arango, de Manizales, hacía yo la operación en un solo tiempo, pero en vista de algunas muertes por peritonitis o por infección ureteral ascendente, actualmente hago la operación en dos tiempos; primero implanto el derecho y al cabo de un mes hago la implantación del izquierdo. En esta forma la mortalidad ha descendido considerablemente.

Historias

Solamente voy a leer una de las nueve historias porque ella me parece muy demostrativa y echa por el suelo el temor de los que dicen que dicha operación da solamente una supervivencia de pocos meses, y que los enfermos mueren de una pielonefritis ascendente.

María Rosa Calderón, casada, 35 años, natural de Santo Domingo, entra al hospital el 2 de junio de 1938. Antecedentes

tes hereditarios sin importancia. Personales: parasitosis, fiebre tifoidea a los 20 años. Hace 11 meses tuvo un parto laborioso que duró tres días, con feto muerto. Al día siguiente del parto notó que tanto la orina como las materias fecales salían mezcladas con la secreción vaginal, a la vez que perdió la sensación de la micción. Constantemente vive mojada y en este estado entra al servicio de vías urinarias. El examen muestra: órganos genitales externos exulcerados; vagina estrecha, acartonada, y en la parte media de su pared anterior, en lo que vendría a corresponder al trigono vesical, existe un orificio ovalado del tamaño de una moneda de veinte centavos y que da salida a la mucosa vesical. El esfínter de la vejiga está destruido. La matriz y los anexos están fijos detrás del pubis. El tacto rectal muestra un orificio redondeado del tamaño de una moneda de diez centavos y situada a cinco centímetros del esfínter anal. El 23 de junio de 1938 se le trató de cerrar la fístula rectal y se le hizo un ano ilíaco. El 2 de agosto del mismo año se le hizo una resección del recto en vista de que la operación anterior no dio resultado satisfactorio. El 26 de octubre se desembocó el uretere izquierdo a la S ilíaca. Todas estas operaciones fueron laboriosísimas y las post operatorias dramáticas. Sale con un ano ilíaco, el uretere izquierdo desembocado y apenas persiste una pequeña fístula rectal. En marzo del 39 entra nuevamente; en abril 25 se desembocó el uretere derecho. en mayo 22 y julio 12 se trató nuevamente de cerrar la fístula rectovaginal, sin un resultado completo. El 4 de agosto se cierra el ano ilíaco. Sale el 30 de agosto con una pequeña fístula rectovaginal. En 1942, marzo 2, entra nuevamente al servicio de vías, por la fístula rectovaginal. En marzo 13 es operada nuevamente por el Dr. Isaza Misas, con resultado nulo. Sale en abril 26 nuevamente con su fístula rectovaginal. Como se ve, se ha tratado de cerrar la fístula rectovaginal durante cinco veces sin ningún resultado. El estado actual de la enferma es magnífico; la fístula rectovaginal es tan pequeña que apenas si se moja. La enferma exonera tres o cuatro veces diarias abundantemente. Van transcurridos 43 meses sin que haya el menor indicio de infección ureteral ascendente.

Entre las nueve enfermas tenemos 3 muertes: la de Eufrosina Carvajal, casada, natural de Antioquia, operada en un solo tiempo y quien murió al octavo día, de peritonitis; la

de María Lucila Correa, de 19 años, soltera, natural de Titiribí, también operada en un solo tiempo y quien murió de una pielonefritis ascendente, y la de Ana Flórez.

Lucila Carmona, de 21 años, casada, natural de San Jerónimo; gran fístula vesicovaginal postparto. Operada en el 39 en un solo tiempo y actualmente está bien.

María Lucila Correa, 19 años, soltera, natural de Titiribí; fístula vesicovaginal postparto. Se había operado antes por otros medios en dos veces para tratar de cerrar la fístula, sin ningún resultado. Operada a mediados del 39 en un solo tiempo y murió al octavo día, de una pielonefritis ascendente.

Rosmira Bolívar, de Amagá, 26 años, casada, primípara, parto con feto muerto después de 3 días de trabajo, al segundo día del parto apareció una fístula rectovesicovaginal; antes había sido operada dos veces para su fístula vesical, sin ningún resultado. En agosto del 39 se hizo un ano ilíaco, en septiembre se desembocó el uretere izquierdo, en octubre el uretere derecho, en noviembre cierre de la fístula rectovaginal y en diciembre cierre del ano ilíaco. Hace tres meses vi nuevamente a esta enferma en perfecto estado de salud. 38 meses.

Ana Flórez, casada, 36 años, natural de Bucaramanga, aplicación de forceps a los dos días de trabajo, el mismo día del parto aparición de una fístula vesicovaginal del tamaño de una moneda de cincuenta centavos. En agosto del 39 fue operada en Cali por vía vaginal, sin ningún resultado; a principios del 40 se hizo la desembocadura de los ureteres en dos tiempos. Murió al noveno día de la segunda intervención, de una peritonitis.

Eugenia Naranjo, 20 años, soltera, natural de San Carlos, fístula vesicovaginal de tamaño mediano, aparecida el mismo día del parto después de 4 días de trabajo, con feto muerto. Operada en febrero 22 del 39 en dos tiempos, con perfecto resultado. 48 meses.

María Adelina Correa: parto con feto muerto después de 3 días de trabajo, con desgarradura del esfínter rectal; aparición de la fístula vesicovaginal al tercer día del parto. Operada el 20 de marzo del 39 en dos tiempos, con buen resultado. Se rehizo el esfínter rectal con resultado mediano.

Mercedes Betancur, soltera, 28 años, natural de Dabeiba; fístula vesicovaginal del tamaño de una moneda de 20 centavos, aparecida el mismo día del parto después de 5 días de

trabajo, con feto muerto. Operada en agosto del 39 en dos tiempos; salió en octubre del mismo año, en perfectas condiciones.

Si es verdad que esta operación en nuestras manos da hasta el presente una mortalidad muy alta, ello se debe a nuestra poca experiencia quirúrgica en este ramo, al mal estado de los enfermos y que al principio hacíamos la operación en un solo tiempo.

Cuando nos volvimos más cautelosos y hacíamos la desembocadura en dos intervenciones, los resultados fueron completamente satisfactorios.

Siendo ésta una intervención de último recurso, pues se ejecuta después de fracasar por otros métodos, nos parece haber prestado un servicio satisfactorio a estas enfermas que llegan al hospital desesperadas, solicitando que les quiten el martirio que las priva de vivir en sociedad.

Creemos se debe acabar con las comadronas por los males que ellas ejecutan y se debe educar mejor al campesinato, porque la falta de educación es la causa de todos estos desastres.

Aun cuando estas enfermas en su mayoría llevan solamente tres años de operadas, las que he podido seguir gozan de una salud perfecta, exonerando tres o cuatro veces diarias. Esto nos induce a pensar que la desembocadura del uretere al intestino es una operación dramática pero de resultados satisfactorios lejanos y de supervivencia más larga de lo que comúnmente se cree.

Gonzalo Botero Díaz

DR. JOSE J. DE LA ROCHE

CRONICA MEDICA*Las Pulgas y la Lepra*

Con positivo agrado he visto la reaparición de los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, importante revista que hace honor al Departamento, le ha dado lustre a la medicina en Antioquia y contribuido a su difusión en el país.

Al recibir el primer número de este periódico en su época tercera, después de una suspensión de casi dos lustros, he sentido un placer semejante al que experimenté hace muchos años, cuando —lejos de la patria— llegó a mis manos la primera entrega de la antigua revista, siendo estudiante en la renombrada Universidad de Columbia, de Nueva York. Con cuánta delectación hojeé sus páginas, no obstante el singular contraste que hacía en mi ánimo el incipiente periódico, editado en pequeño formato y en papel ordinario, al compararlo con las revistas médicas que entonces se publicaban en la gran urbe americana! Pero alegraba mi patriotismo ver que en la tierruca había ya un órgano de divulgación científica, que me complacía en imaginar que con el transcurso del tiempo había de llegar a la altura de aquellas publicaciones neoyorquinas. Y cuál no sería mi entusiasmo al ver también que los *Anales* eran el órgano de una Academia que, por feliz iniciativa del Gobernador de Antioquia, doctor Marceliano Vélez, y con su apoyo oficial, había sido fundada por los eminentes médicos Manuel Uribe Angel, José Ignacio Quevedo, Manuel Vicente de la Roche (*), Andrés Posada Arango, Pedro Dimas Estr-

* Manuel Vicente y no Rafael V. de la Roche, como equivocadamente se le nombra en la Exposición de motivos al Proyecto de Ordenanza por la cual se da a la Academia de Medicina el carácter de cuerpo consultivo del Gobierno Departamental", exposición que se reprodujo en el N^o 1^o de los *Anales*. El doctor Manuel Vicente de la Roche fue uno de los miembros fundadores de la Academia de Medicina de Medellín, y su nombre es suficientemente conocido para que se pueda cometer el error de llamarlo Rafael V. de la Roche. Por lo demás, en Colombia no ha existido ningún médico que lleve este último nombre.

da, Rafael Pérez, Ramón y Francisco A. Arango y otros más que ejercían la profesión en esta ciudad.

Yo he mirado siempre con especial simpatía los *Anales de la Academia*, porque han sido como el hogar de los pobres hijos de mi espíritu que en ellos recibieron acogida durante casi media centuria. En ellos se publicaron, alguna revista que envié para el periódico, siendo todavía estudiante, como dije antes, mi tesis de grado, que fue aceptada como trabajo reglamentario para mi admisión de miembro activo de la Academia, en agosto de 1888 y numerosos trabajos durante la época más atareada de mi vida profesional, como resultado, en parte, de la experiencia en ésta adquirida.

Dos motivos me han movido a escribir estas líneas: el primero, para felicitar a la Academia por la determinación de revivir el importante órgano de sus labores, al cual le auguro el más brillante éxito, dados la competencia de su Director y Redactores y el entusiasmo que reina entre los señores académicos para presentar interesantes estudios, que son ampliamente discutidos por la corporación y publicados después en los *Anales*; y segundo, para hacer la aclaración que creo de justicia en un asunto de trascendencia, relacionado con la prioridad que le corresponde a un ilustre médico colombiano en importante cuestión científica.

Es el caso que en el N^o 1^o de estos *Anales*, en el interesante artículo titulado “Pestes y Ratat, Pulgas y Piojos”, del doctor Alonso Restrepo, corren los siguientes párrafos: “Los recientes estudios experimentales de Guillermo Muñoz Rivas sobre la posible transmisión de la lepra por las pulgas, revisiten los caracteres de un *verdadero descubrimiento* (subrayo) en punto a los orígenes, sobrado oscuros todavía, de tan terrible enfermedad”. “Tanto en pulgas infectadas intencionalmente en leprosos, como en ejemplares (larvas e insectos adultos) recogidos en los tres leprocomios de la república, así como en las habitaciones de algunos enfermos de Boyacá y Santander, Muñoz Rivas comprobó la presencia del bacilo dentro del tubo digestivo”.

Creo que el estudio del doctor Muñoz Rivas, muy meritorio por cierto, debe considerarse como una continuación de lo hecho por el doctor Juan de Dios Carrasquilla L. sobre la materia —va ya para cuarenta y cinco años— más bien que como un “verdadero descubrimiento”, porque confirmado éste,

corresponde al doctor Carrasquilla la prioridad, como vamos a verlo.

Verdad es que al final de su “Crónica Médica” mi apreciado amigo, el doctor Restrepo, pone la siguiente NOTA: “Después de escrito el artículo anterior para el *Diario*, periódico liberal de la tarde, me enteré de que el doctor Juan de Dios Carrasquilla L. (*La Voz de Job*, Bogotá, 1915) *había sospechado también* (subrayo) el papel de las pulgas como portadoras y acaso como transmisoras del bacilo de Hansen”.

Probablemente el doctor Restrepo no leyó con cuidado la primera parte del trabajo de Muñoz Rivas, pues allí se reconoce que “el doctor Carrasquilla atribuía a la pulga gran papel en la transmisión de la lepra” y se habla del hallazgo del bacilo hecho antes en el contenido intestinal del insecto cuando ha chupado sangre leprosa, aunque sin decir claramente quién verificó este descubrimiento.

Nuestro modesto sabio no sólo sospechó este modo de transmisión de la lepra, sino que emitió el concepto y lo sostuvo durante los últimos años de su vida, con una insistencia que rayaba casi en la obsesión, de que la pulga (*pulex*) es el agente transmisor de la enfermedad, fundándose en los siguientes hechos: 1º, en el hallazgo que hizo, repetidas veces, del bacilo de Hansen en el contenido intestinal de este insecto cuando ha picado a un leproso; 2º, por el cultivo que obtuvo del bacilo con dicho contenido, en caldo de buey, colocado en la estufa a temperatura uniforme de 37º, cultivo en un todo semejante al que se desarrolla en el mismo medio sembrado con la linfa de enfermos de lepra; y 3º, por haber producido por inoculación de aquel cultivo a conejos, lesiones en que encontró el *bacillus leprae*.

Como contraprueba, examinó el contenido intestinal de pulgas que no habían picado a leprosos y no halló ningún bacilo, ni se produjo desarrollo alguno en el caldo después de la siembra con sangre de estas últimas pulgas. Tampoco lo halló en las chinches que habían picado a lazarinis, insectos aquellos que, según algunos médicos, pueden ser también vectores del microbio.

Su teoría insectógena la sostuvo en importantes trabajos, tales como el muy extenso que publicó en los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, en el año de 1903, con el título de “Contribución al estudio de la Leprosis”, tomo XII,

números 1, 2, 3 y siguientes; en su Memoria al tercer Congreso científico Latino-americano, de Río de Janeiro, titulado "La Lepra. Historia, Etiología y Profilaxis", reunido en 1903, y en varios periódicos, como la *Revista Médica de Bogotá*, *La Voz de Job*, etc.

El doctor Muñoz Rivas, como fruto de sus pacientes investigaciones, llega a la siguiente conclusión, que confirma lo aseverado por el doctor Carrasquilla en el primero de los puntos arriba señalados: "De conformidad con los trabajos descritos en estas notas preliminares, dice el doctor Muñoz, se puede considerar a las pulgas como vehículos del bacilo de Hansen, y los hallazgos de laboratorio, confirmados varias veces en la naturaleza, en relación con estos hematófagos, deben tenerse en cuenta en la *Profilaxis de la lepra*".

Tan en cuenta tenía el doctor Carrasquilla lo anterior, que aconsejaba: "La limpieza, tanto en las personas como en las habitaciones, y particularmente teniendo en mira impedir al acción de las pulgas, es lo que debe recomendarse como medida de primera necesidad. Debe inculcarse esta noción desde la escuela a los niños y hacerla conocer del pueblo, para que sepa dónde está el peligro y se precava de él".

En apoyo de su teoría, el doctor Carrasquilla aportaba las siguientes consideraciones:

Que la leprosis ocurre con mayor frecuencia y se propaga más entre la gente pobre y desaseada que vive en casas mal tenidas, bajas y húmedas, muchas veces en promiscuidad, no sólo con sus semejantes sino también con animales domésticos, que son propagadores de parásitos, y que los lugares donde más se desarrolla la enfermedad, son precisamente aquellos en que abundan las pulgas, los cuales se han reputado como focos de infección, sin que se conociera con seguridad la causa ni se pudiera atribuir, con fundamento, a ninguna otra.

Dice, además: "Los climas fríos y templados donde abundan las pulgas, son los que ofrecen mayor número de leprosos, pues en ellos es donde puede verse el aumento de los casos, por la aparición de nuevos enfermos. Todo induce a aceptar la contaminación por este medio: todo se explica fácilmente si se acepta esta hipótesis, y sin ella, todo es misterio".

Tenemos, pues, que el doctor Carrasquilla asociaba la pulga a factores favorables a la contaminación, tales como el bajo nivel de civilización, defectuosidad en las casas, promiscui-

dad general, climas fríos y templados, etc., etc., lo cual está de acuerdo con los estudios del doctor Muñoz Rivas, pues como resultado de éstos y de encuestas que hizo sobre el particular, llega a las siguientes conclusiones:

“La facilidad de asociar los factores predisponentes del contagio con la incidencia alta de la pulga, habla en favor de la teoría sostenida por algunos investigadores, de que este insecto puede desempeñar papel importante en la transmisión de la lepra”.

“Posiblemente los datos aportados son suficientes para demostrar que realmente existe en Colombia un paralelismo bien definido entre la incidencia de la pulga y la lepra”.

Por consiguiente, como este insecto abunda más en los lugares de una temperatura de 13° hasta 24°, según aparece del cuadro que publica el doctor Muñoz, con datos meteorológicos y de incidencia de la pulga en varios lugares de la república y también del interesante estudio de los doctores Mario Bernal Londoño y Darío Maldonado Robledo, sobre un “Análisis bio-estadístico de las actas de examen médico de admisión en los enfermos de lepra asilados en Agua de Dios”, de los cuales resulta que la frecuencia de la enfermedad parece aumentar proporcionalmente con la altura sobre el nivel del mar, de los lugares de origen de los afectados del mal. Así, cerca de la mitad (48%) de los casos estudiados provienen de municipios cuya cabecera está a una altura mayor de 2.000 metros; la menor proporción (6%), de lugares cuya altura es inferior a 750 metros, es decir, de climas cálidos; y los de las alturas intermedias alcanzan a 43%, porcentaje inferior al que arrojan los climas fríos, todo de acuerdo, como hemos visto, con la incidencia de la pulga en tales lugares. El 3% restante, corresponde a enfermos oriundos de lugares cuya altura no conocen los autores. (*Revista Colombiana de Leprología*, Vol. I, Nº 2, Junio de 1939).

Un avance de mucha importancia en el asunto de que vengo tratando, alcanzado por el doctor Muñoz Rivas, es el hallazgo de bacilos ácido alcohol resistentes, morfológicamente idénticos a los de la lepra, en los estómagos de las larvas de pulgas, las cuales se alimentan, en parte, con las deyecciones de estas últimas y con productos provenientes de elefanciácos, lo que ha podido comprobar con observaciones de laboratorio y en el polvo tomado en los lazaretos y fuera de éstos, en las

habitaciones donde viven o han vivido enfermos de lepra. También encontró dichos bacilos en ninfas provenientes de larvas altamente infectadas, tanto en la pulga humana (*pulex irritans*), como en la del perro (*pulex Ct. canis*) y formas ácido sensibles, que provisionalmente ha denominado “gérmenes sospechosos”.

Todo esto es muy importante en la teoría insectógena de la lepra y se presta para la interpretación del contagio en las casas que han habitado leprosos, que tan peligrosas son para las personas sanas que entran a vivir en ellas, y que el eminente profesor Julio Manrique comparaba con los llamados “terrenos malditos”, infectados por el carbón, de que habló en el segundo Congreso médico nacional, reunido aquí en Medellín en 1913, entre las cuales citó el caso del molino de *Cantimplora*, en el municipio de Subachoque (Cundinamarca), de donde salieron cincuenta y siete individuos contagiados de lepra, sin más antecedentes que haber sido habitado este edificio por un elefanciaco; la casa maldita del Valle de Tensa, en Boyacá, en la que pasó algo semejante, y una casa de Cali que fue habitada por un leproso y de la cual salieron enfermas varias familias que la habitaron después. El doctor Julio Restrepo Arango refirió también en el mismo Congreso, el caso de un lazarino que vino hace muchísimos años de la Costa a Amagá, lugar éste donde jamás había ocurrido un caso de lepra; habitó allí una casa durante largo tiempo y en ella se contagiaron siete personas que la ocuparon más tarde. Tanto el profesor Manrique como el doctor Restrepo se manifestaron partidarios del contagio de la lepra, conceptuando el primero que quizá más que al lazarino debe temerse a la casa en que ha vivido; y el último, que el contagio se efectúa más bien por la habitación que por el mismo enfermo.

Si se acepta la teoría de la infección por las pulgas, podría explicarse lo de las “casas malditas”, del modo como lo sugiere el doctor Luis Cuervo Márquez, a saber: “por el intermedio de un huésped que no abandona la casa”, y en tal caso, podría ser por las pulgas y sus larvas infectadas, que allí se quedan y siguen reproduciéndose.

Falta averiguar la modificación que pueda sufrir el *mycobacterium leprae* en el cuerpo del parásito y comprobar o infirmar: 1º si el bacilo modificado se puede cultivar en los medios usuales; y 2º, si el cultivo inoculado a ciertos anima-

les causa las lesiones características de la enfermedad, como lo creía el sabio y eminente naturalista colombiano.

Estos problemas toca estudiarlos y resolverlos a nuestros bacteriólogos, sobre todo a los muy competentes en leprología del Instituto Federico Lleras, poseedores de conocimientos muy adelantados en la materia y de elementos más modernos de los que disponía el doctor Carrasquilla, estudios que en buena hora ha emprendido el distinguido doctor Muñoz Rivas, alto empleado de dicho Instituto, quien merece voces de aplauso y estímulo para que continúe trabajando en este asunto de gran interés público y de vital importancia para nuestra patología nacional.

José J. de la Roche

Medellín, marzo 16 de 1943.

DR. JUAN B. LONDOÑO

El Marrubio

No todo lo viejo es malo o inútil, ni todo lo nuevo es bueno o útil: Este aforismo que la sabia experiencia de cada día confirma, es, por modo especial, aplicable a los medicamentos vegetales, a los cuales, por consejo del gran terapeuta Fonsagrives, para que no caigan en descrédito, basta no exigirles como remedio más de lo que pueden dar, usarlos de buena calidad, llenando bien sus indicaciones y con todas las reglas del arte, esto es, con sabiduría y prudencia.

Este exordio, pienso yo, es aplicable al *Marrubio*, planta que mi padre y otros médicos de su tiempo prescribían con frecuencia; y que *Gubler*, el sabio autor del *Códex medicamentarius* inscribió en este libro en 1884 y lo recomendó como estimulante energético y antiespasmódico, propiedades que hoy mejor que antes sabemos interpretar y aprovechar en medicina. No figura en los textos de botánica médica nuestros, pues las plantas que con el nombre de *Manrubio* figuran en ellos, pertenecen a familia distinta, las *sinantéreas*, de la que corresponde el *Marrubio* que es la de las *labiadas*; talvez la familia que suministra hierbas de mayor eficacia en terapéutica, particularmente la que hemos convenido en llamar *casera*, esto es popular.

La palabra *Marrubio* viene del hebreo; *mar*, amargo y *rob*, mucho; esto es, planta muy amarga; *vulgare*, indica que es muy común y conocida. El Profesor H. Baillón, de París, distinguió dos especies que él, si mi memoria no me engaña, designó con los nombres de *Ballota alba* y *Ballota negra* L. o *B. foetida* L. es decir: Marrubio blanco y Marrubio rojo, por el color más pronunciado de sus flores y de sus hojas y por el olor fuerte y desagradable que tiene el rojo, comparado con el blanco que es aromático, suave y almizclado.

“Los tallos tienen 0.80 cm. de longitud y aún más, son cuadrados, ramificados, resistentes y cubiertos de un vello de

color blanquecino. Las hojas son opuestas, simples, enteras, pecioladas, ovales, suborbiculares y cordiformes en la base, rugosas (goufreés), desigualmente *crenadas* en su borde y cubiertas por tomento blanquizco por el envés.

No difieren las hojas del negro de las del blanco sino en su color *verde oscuro*; tienen olor fuerte y sabor muy amargo.

Las flores blancas o de un violado claro en el uno, son purpurinas o rojas en el otro; ambas se presentan en *glomérulos*, multifloros y con brácteas subuladas de la longitud del cáliz”.

Estas cabezuelas las denominan los farmacéuticos sumidades y son las inscritas en el Códex.

La química le da al *Marrubio* la siguiente composición: un aceite volátil o esencia, ácido gálico y un principio amargo y la *Marrubina*: 12.500 grms. de la planta dan 2 grms. de este alcaloide, que es casi insoluble en el agua, pero soluble en el alcohol y el éter. Es cristalino, incoloro, de sabor muy amargo. La solución alcohólica da, por evaporación, cristales romboédricos y la etérea los da en forma de agujas.

El vulgo emplea las hojas del *Marrubio* blanco en infusión y en jarabes, en los catarros, gripes, en la tisis y en la tos ferina. Según Gubler es una planta de acción enérgica. El polvo se da a la dosis de 4 a 8 grms.; el extracto acuoso, de 15 a 25 cmgrs. y se usa mucho en el asma húmedo.

Como amargo y tónico se ha usado en las dispepsias, en los infartos del bazo y del hígado y en la ictericia y también como sucedáneo de la quina.

Como vulnerario, se emplea en las úlceras de mal carácter. Baños locales.

El *Marrubio* rojo se ha estado usando actualmente con buen resultado en los pitiáticos (histéricos) y neurasténicos, (formas ansiosas).

Leclerc (Henry) que es el promotor de este tratamiento, prescribió el alcoholaturo a la dosis de 25 a 40 gotas, cuatro veces al día. En los casos de insomnio, en estos enfermos, prescribe una cucharadita de alcoholaturo solo o mezclado con el de *pasiflora encarnada* (planta que también tenemos aquí), en la proporción de 1 de éste por 4 de aquél. En la coqueluche se dan 20 gotas de alcoholaturo por cada año de edad, para el día.

(Formulario de los medicamentos nuevos para 1938, antiguo de Bocquillon-Limousin, pág. 63).

En las lecciones de botánica del Dr. Emilio Robledo y en la Flora Antioqueña de Joaquín A. Uribe, que son obras de mucho valor científico, figuran con el nombre vulgar de *Marrubio* el *agerantum conisoides* L y la *eupatorium suaveoleus* H. B. K., plantas cuyas diminutas semillas ariladas son diseminadas por el viento en los campos de cultivo y en los rastrojos quemados, constituyendo, por consiguiente, verdaderas malezas, sin valor terapéutico especial.

En la Revista de Medicina y Cirugía, órgano de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Atlántico, entre los *Avisos* figura uno de la *Agencia Unión* con este mote: “Té de Marrubio andino” (*Marrubium vulgaris* sic) es decir el que con tal nombre designó Linneo, que es el que aquí estudiamos.

Voy a resumir este breve estudio sobre el *Marrubio*, así: existe en nuestra flora la verdadera planta de este nombre; debe evitarse usar las que llaman *ventosidad* o *salvia amarga* en lugar de él, y, dejando al vulgo su empleo en las enfermedades catarrales de las vías respiratorias, llenar con el extracto flúido o el alcoholaturo o el *Té Andino*, sus dos nuevas indicaciones, a saber: en la *obesidad* como fundente y eliminador de la grasa humana, y en los estados graves de depresión nerviosa y moral que designan los psiquiatras *pitiatismo*, *neurastenia*, y *lipemania ansiosas*, estado mental llamado hoy *sicosis tímica*, que conduce a muchos al suicidio, que es demasiado frecuente y el tormento de los que la sufren y de los que tratan tales pacientes.

Si estuviere equivocado en lo que respecta a la existencia del *Marrubio* en Antioquia, debe procurarse su cultivo y empezar con él a formar el jardín botánico de la Facultad de Medicina.

Abril de 1943.

Juan B. Londoño

DRS. MORRIS J. NICHOLSON, URBAN
H. EVERSOLE Y LEO V. HAND

Raquianestesia Fraccionada

(Resumido de The American Journal of
Surgery, vol. 53: Nro. 3; 403-411; Sept. 1941)

Desde que Corning, en los EE. UU, descubrió la raquianestesia, en 1885, se ha ido perfeccionando constantemente el método. La aplicación clínica de la raquianestesia empezó en 1889 cuando Bier inyectó cocaína intravenosamente en el hombre. En 1901 se aisló la epinefrina que, en 1903, se aplicó para la anestesia local y raquídea y en 1905 se introdujo la procaína hidroc্লórica. En 1921 Chen introdujo el sulfato de efedrina que, por razón de sus propiedades vaso-constrictoras, empezó a administrarse en 1927 previa la raquianestesia con procaína. Mas como la raquianestesia dejaba aún mucho que desear clínicamente, en seguida hicieron su aparición la espinocaína, la meticaína, la pontocaína y la nupercaína junto con innumerables métodos de administración.

El adelanto más reciente en la anestesia por bloque subaragnoideo ha sido la introducción, por W. T. Lemmon, de Filadelfia, de la raquianestesia fraccionada (continua) por medio de la procaína hidroc্লórica, cuya acción es de corta duración y que se va inyectando a medida que se necesita durante la operación. Para llevar a cabo esta raquianestesia continua hay que colocar al paciente sobre un colchón especial y dejar *in situ*, durante la operación, una aguja de punción lumbar de plata alemana muy flexible que se une a la jeringuilla por medio de un tubo de goma de 13 pulgadas, que tiene en ambos extremos unos enchufes de Luer-Lok, de modo que todo el aparato es impenetrable al aire y al agua.

El colchón, recubierto de goma, tiene 5 pulgadas de espesor, 18 de ancho y 6 pies de largo, con un corte transversal de 7 pulgadas de ancho que coincide debajo de las vértebras

lumbares cuando el paciente está en posición supina. La mitad del colchón, sobre el que descansan las extremidades inferiores, puede quitarse para las operaciones en el periné, de modo que si después hay que operar en el abdomen se vuelve a colocar y no hay más que poner al paciente en posición alargada; también puede separarse la parte baja del colchón cuando es necesaria la posición de Trendelenburg.

La aguja tiene un orificio en el bisel, modificación de Lemmon, por donde circula libremente el líquido céfalo-raquídeo y que es de gran utilidad clínica cuando hay que recurrir al barboteo para que la anestesia alcance la altura deseada. El anestesista puede asegurarse de que la aguja sigue en el espacio subaragnoideo, por la facilidad con que puede retirar el líquido céfalo-raquídeo, lo cual, en caso de que haya síntomas de intoxicación, permite que se disminuya rápidamente la concentración del anestésico.

Se han empleado, como anestésicos, la nupercaína, la meticaína que, por la corta duración de sus efectos, se ha empleado casi siempre a una solución de 33-1/3% en suero fisiológico. Esta solución de procaína produce la anestesia en 3 a 5 minutos y como cada 3 cc. contienen 10 mg. se simplifica el cálculo de la dosis total administrada, además de que se puede usar un volumen de 4 a 5 cc. para inducción sin que la dosis inicial sea peligrosamente alta. Lemmon ha publicado más de 500 casos de raquianestesia fraccionada con procaína hidroc্লórica, cuyos resultados han sido siempre satisfactorios; habiendo empleado al principio una concentración de un 10% y más recientemente de un 5% de procaína en el líquido céfalo-raquídeo.

Para hacer la punción se coloca al paciente en posición de cúbito lateral izquierdo de modo que dé la espalda a la abertura en el colchón y se inyectan 50 mg. de sulfato de efedrina, como parte de la anestesia local en el lugar designado para la punción, que se elegirá según la operación a realizar: segundo espacio inter-lumbar para las intervenciones en la parte superior del abdomen, tercero para las intervenciones en la parte inferior del abdomen y cuarto para el recto y las extremidades inferiores. Para atravesar la piel y los ligamentos intervertebrales se introduce primero un trócar de Sise, para preparar la vía a la aguja flexible de plata alemana y cuando el líquido céfalo-raquídeo fluye libremente se hace la

anestesia. Se diluye una ampolla de 20 cc. de procaína al 20% en 30 cc. de suero fisiológico y después se llena la jeringuilla que se une a la llave enchufada al tubo de goma. Se abre después la llave y se introducen 2 cc. de la dilución en el tubo, de modo que desplacen el aire contenido en éste, y se vuelve a cerrar la llave. En el extremo opuesto, el enchufe de Luer-Lok está unido a la aguja, y si al abrir la llave sale el émbolo de la jeringuilla por la presión del líquido céfalo-raquídeo, o puede éste aspirarse libremente dentro del tubo, ello significa que la punción es satisfactoria.

Cuando la aguja está ya clavada y el tubo enchufado se vuelve al paciente cuidadosamente a la posición supina, de manera que la aguja quede en el centro de la abertura sin tocar jamás ni el colchón ni la mesa de operaciones. Si se requiere una anestesia abdominal completa se pondrá al paciente en posición de Trendelenburg, a un ángulo de 5 grados, y se dará una inyección inicial de 2.5 cc. (85 mg.) a 3 cc. (100 mg.) y se comprobarán los efectos máximos de la anestesia al cabo de 5 minutos. Si al cabo de este tiempo no se ha obtenido una anestesia completa se dará otra inyección de 1 cc. y como la gravedad específica del anestésico es mayor que la del líquido céfalo-raquídeo se pondrán en juego la gravedad, el volumen, el barboteo y el lugar de la punción para obtener la anestesia deseada.

Para familiarizarse con la raquianestesia fraccionada se eligió un grupo de casos que requerían operaciones de larga duración en las extremidades inferiores y, a medida que cirujano y anestesizador se iban acostumbrando a este tipo de anestesia y comprobaban las ventajas que de él se derivan, se fueron incluyendo intervenciones quirúrgicas más complicadas hasta cubrir casi por completo todo el campo de operaciones debajo del diafragma. También puede emplearse esta anestesia sin el colchón especial, en caso de que el paciente tenga que estar echado sobre un lado, y para ello se dobla la aguja de modo que no sobresalga de la espalda del paciente y se pueden colocar las tallas como de costumbre. En el caso de operaciones ortopédicas, en la rodilla, en el fémur y en la pelvis se pone al paciente sobre una mesa ortopédica de Bell de modo que la aguja permanezca entre dos de los sostenes lumbares.

De acuerdo con la experiencia adquirida (126 casos, más 50 cuyas historias post-operatorias no están aún completas)

la raquianestesia fraccionada está particularmente indicada en los casos siguientes: 1º en operaciones largas y difíciles tales como resección gástrica subtotal en caso de úlcera, operaciones secundarias del conducto biliar y resecciones intestinales; 2º en casos de duración indeterminada tales como exploración abdominal con posible resección gástrica, dilatación y curetaje con posible histerectomía y exploración con posible tumor retroperitoneal.

Al principio hubo ciertas dificultades, allanadas ahora por la experiencia, en hacer la punción con la aguja flexible de manera que, en 3 casos, no se pudo llevar a cabo la anestesia y si bien puede uno hallarse, aunque muy raramente, con resistencias individuales, en la mayoría de los casos se trata de una punción deficiente.

Para obtener una anestesia abdominal total se requieren, en general, de 3 cc. (100 mg.) a 4 cc. (134 mg.) de solución de procaína hidroclicórica al 3-1,3% en suero fisiológico, con el paciente en posición de Trendelenburg a un ángulo de 5 a 10 grados. Puede disminuirse la dosis total, en casos parecidos, empleando una concentración más baja que la solución al 10%, que Lemmon había recomendado; lo cual también ha sido observado por Ruth, comparando casos, en que algunos fueron anestesiados con un 10, 5, y 2.5% de procaína.

Para administrar líquidos intravenosamente y hacer transfusiones sanguíneas se coloca un cuenta-gotas en la vena safena mayor del tobillo, que asciende frente al maléolo tibial; lo cual es también muy útil para administrar anestésicos intravenosos, como el pentotal sódico, en el caso de que el paciente quiera dormir o esté tan nervioso que ello sea un obstáculo para el cirujano. Mas no hay que inyectar esta solución en una vena varicosa porque se corre el riesgo de producir tromboflebitis. Este tipo de anestesia suplementaria, administrada adecuadamente con oxígeno, es preferible al ciclopropano, al etileno y al éter ya que elimina el riesgo de la explosión en el caso de que durante la operación se use el cauterio o el electrocoagulador de alta frecuencia.

Cuando, en los casos aquí presentados, hubo hipotensión, sin hemorragia, fue siempre durante la primera media hora de la anestesia y para evitarlo se administró subcutáneamente una inyección de 50 mg. de sulfato de efedrina, antes de la punción, además de la administración intravenosa de suero fi-

siológico y de recurrir a la transfusión cuando el caso lo requiera. Mas cuando a pesar de medidas preventivas se produce una hipotensión grave, se pone al paciente en posición de Trendelemburg, a un ángulo de 5 grados, y se le administra oxígeno por vía nasal. Para el tratamiento de esta hipotensión es muy eficaz una mezcla de 5 unidades de pitresina y 25 mg. de efedrina, que ni produce la taquicardia de la epinefrina ni la bradicardia de la neosinefrina. En muchos casos en que, durante la primera hora de la anestesia, la presión sanguínea descendió de 20 a 30 mm. de mercurio, se elevó dicha presión al nivel preoperatorio, en el que se mantuvo durante toda la operación, por medio de este tratamiento.

Cuando ya se ha conseguido la anestesia se mantiene ésta inyectando pequeñas cantidades de anestésico a través del tubo de goma unido a la aguja, al igual que se da más éter en la anestesia por inhalación, cuando se observan síntomas de que empiezan a disminuir los efectos del anestésico. En general basta con añadir una dosis de 35 a 50 mg. de procaína, que tarda de 30 segundos a 3 minutos en producir el efecto deseado y, cuando se adquiere la práctica de la anestesia fraccionada, se administra esta dosis adicional a intervalos bastante reguladores de modo que la relajación abdominal persista durante toda la operación.

El proceso fisiológico por el cual pequeñas dosis de procaína subsecuentes pueden prolongar el bloqueo nervioso que originalmente requiere una dosis mucho mayor es, en parte, el siguiente (Heinbecker y col. 1932): "Se estudió a pacientes con raquíanestesia poco activa, producida con procaína hidroclórica: primero tiene lugar un aumento en la temperatura epidérmica y después de 2 a 3 minutos, pérdida de la sensibilidad al calor y al frío, seguida de insensibilidad al dolor cutáneo y por presión. Puede seguirse perfectamente el orden cronológico de la pérdida de estas facultades a pesar del poquísimos tiempo que transcurre entre su desaparición respectiva. Después de un intervalo más largo, viene la pérdida de la función motora y después de un intervalo corto, insensibilidad al movimiento articular, a la presión y al tacto. El retorno a la sensibilidad es en sentido inverso y los intervalos son mucho más largos". En consecuencia puede deducirse que las pequeñas dosis de procaína mantienen la concentración necesaria en el líquido céfalo-raquídeo para prolongar el bloqueo

nervioso de modo que se evite la operación reversible a la normalidad, según la describe Heinbecker.

Estas observaciones parecen dar la explicación de cómo Koster, por medio de la raquianestesia clásica, pudo producir un bloqueo sensorial diferencial que le permitió operar en el cuello y cerca de la cabeza; y cómo Lemmon, más recientemente, pudo anestesiar a pacientes que eran operados en el tórax y cuyos músculos respiratorios funcionaron normalmente durante la operación.

En cuanto a complicaciones post-anestésicas, de carácter neurológico, no hemos constatado más que dos casos y en ambos las complicaciones han sido transitorias. En un caso fue un dolor de cabeza agudo, que duró 5 días, en un paciente que había sufrido de dolores de cabeza durante quince años antes de la operación, y en el otro un dolor de tipo ciático, que empezó tres semanas después de la operación, y que según la paciente ya ha desaparecido.

Es muy posible que a base de la inyección fraccionada de pequeñas dosis de anestésico se puedan obtener, en la raquianestesia, casi las mismas ventajas de control y de adaptabilidad propias de la anestesia por inhalación.

LABORES DE LA ACADEMIA

Resumen de Actas

Sesión del 21 de octubre de 1942: El doctor Eduardo Vasco terminó la lectura de su trabajo sobre higiene mental. Hizo un breve recuento de los métodos terapéuticos: insulina, más usada en Bogotá que en nuestro medio; cardiazol, más empleada aquí; piretoterapia.

Se detuvo en consideraciones sobre la impaludización, y planteó el interrogante de los escasos resultados positivos con este método entre nosotros, cuando en el extranjero la positividad es lo normal.

Se refirió a las causas de las psicopatías y entre las predisponentes citó: la raza. Las psicosis serían más frecuentes entre los indios; la demencia precoz en los EE. UU.; los árabes son predispuestos a la P. G. P. El sexo: las psiconeurosis puras serían más frecuentes en el hombre mientras los estados intermedios lo serían en la mujer. Las profesiones liberales tienen su papel a este respecto: médicos, abogados, etc. El estado civil: el celibato y la viudez parecen francamente predisponentes. Hizo el señor ponente especial anotación de la educación: cuando es desorientada; cuando no se adapta a las peculiares condiciones del alumno; o si por otro motivo cualquiera lleva o favorece la ponosis intelectual. A estos factores deberían sumarse la miseria y el ajetreo físico.

La herencia cuenta entre las más notables causas predisponentes: se comprueba en el 90% de los casos. La consanguinidad de los cónyuges aumenta la peligrosidad de la herencia y las leyes de Mendel que se cumplen tan rigurosamente en la locura circular y también en la demencia precoz, se comprueban casi matemáticamente cuando hay consanguinidad.

Recuerda el alcohol, que además de ser un tóxico selectivo del sistema nervioso, actúa como fijador de la herencia.

Mencionó también las siguientes causas predisponentes: cambios de la presión barométrica; traumas, en especial los

del sistema nervioso; el shock quirúrgico (2 casos personales); la fatiga, el misticismo, las supersticiones, la agitación social —política, guerra, conmociones, etc.— las penas, la soledad, el rechazo sistemático o brutal de los instintos vitales.

Entre las causas determinantes de las psiconeurosis contó las siguientes: Infecciosas y parasitarias: sífilis, tuberculosis, paludismo, tifoidea; tóxicas, endógenas y exógenas; fenómenos críticos fisiológicos; crisis espirituales; el contagio mental, cine; la lucha por la vida con su cortejo actual de ruido, ajetreo, desigualdades y angustia.

Luégo se extendió el señor ponente sobre las posibles realizaciones profilácticas: lucha contra la educación defectuosa, contra la falta de orientación de la juventud, contra las enfermedades y los traumas físicos y morales; campaña intensiva y sesuda en favor de la serenidad que ayude a las gentes que se forman a comprender mejor la vida y a vivirla con sentido profundo de realidad. Tratamiento oportuno de los predispuestos; cursos para futuros padres. Organizar la vida, dejar de lado todo concepto teórico y amoldarse a cada realidad individual sobre todo de quien sea un predispuesto.

Sesión del 4 de noviembre: Continúa tratándose el mismo tema de la otra. Refirióse a él el doctor Alonso Restrepo, quien defendió la teoría según la cual todas las psico-neurosis tienen un substratum orgánico, anatómico o funcional; citó casos en los cuales la baja glicemia explicaba la perturbación psíquica, lo cual corrobora el doctor Pedro Nel Cardona con una historia de Alex Whipple: se trataba de un médico con notables y raras manifestaciones psico-neuróticas, quien luégo de variadas consultas fue donde los hermanos Mayo; allí, mediante el examen metódico del paciente se comprobó una glicemia en ayunas, de 0,64. Luégo de prolijas investigaciones se procedió a una laparotomía para el pancreas; se encontraron adenomas de dicha glándula y éstos, por hiperinsulinemia producían hipoglicemia con cuadro psico-neurótico.

El profesor Uribe Cálad no acepta sin reservas la denominación genérica de psico-neurosis; sería mejor distinguir aun las psicosis de las neurosis. Actualmente, autores muy serios (Levi, de Inglaterra, para citar no más, uno) se atienen a este modo de ver y sostienen la existencia de algunas psicosis sin lesión orgánica. Esta, si bien es probable en todos los casos, no está demostrada como constante. El ejemplo de la

histeria es clásico y el aforismo de Babinsky conserva aún su valor: “lo que se adquiere por sugestión y se cura por persuasión, no puede ser orgánico”.

El profesor Uribe C. tampoco encuentra justo borrar de una vez el término histeria y reemplazarlo sistemáticamente por el de pitiatismo. Sobre este punto el profesor Uribe se extiende en interesantes consideraciones.

Replica a esto el señor ponente, aceptando de buen grado la diferencia entre psicosis y neurosis; pero, siguiendo a algunos autores modernos, sintetiza la denominación para aunar lo conocido y lo sospechado. Al referirse al término histeria, lo halla injusto, porque etiológicamente equivale a un *sambenito* del sexo débil; en 1901, Babinsky reaccionó contra eso y creó la palabra pitiatismo, que, olvidada luégo, ha revivido con los tratadistas alemanes.

Algunos de los presentes trataron la cuestión del aumento de las psico-neurosis. El profesor Uribe Cálad, después de oír las opiniones, dice que se trata de un fenómeno universal y no de un hecho local; entre nosotros, a juzgar por el movimiento del asilo departamental, el aumento sería absoluto y en desacuerdo con el de la población. Pero esto admite y exige algunas aclaraciones: la facilidad actual de los transportes, hace que lleguen a la ciudad gran número de enfermos que otra no habrían venido; el público ha evolucionado y hoy no tratan a los alienados a domicilio, como antes se hacía; tal ha sido esta evolución, que ya no ingresan en el asilo sólo los peligrosos sociales y los antisociales, sino también muchos en vía de tratamiento para enfermedades compatibles con la vida de hogar. Habla el profesor Uribe del tratamiento por la malario-terapia, mencionado en la sesión anterior: es cierto que la enfermedad palúdica inducida con fin terapéutico, prende menos veces en nuestro medio; esto podría explicarse mediante una inmunización que el pueblo hace a causa de pequeñas infecciones inadvertidas. En el asilo están logrando alto porcentaje de inducciones positivas, con ciertos medios previos: aumento de la dosis de sangre inyectada; inyección piretógena; autohemoterapia; balneación fría, etc.

ATENEO DE LA CATEDRA
DE
HISTORIA DE LA MEDICINA

Los M. Miguel M. Calle, Emilio Robledo y Gil J. Gil han recibido
el siguiente HONROSO NOMBRAMIENTO

Azcuenaga 923

Buenos Aires, octubre 28 de 1942.

Señor profesor:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para comunicarle que el Consejo Directivo del Ateneo de Historia de la Medicina, que tengo el honor de presidir, resolvió por unanimidad y a propuesta de su Miembro Activo, el Sr. Profesor Dr. Alejandro von der Becke, designar a Ud. en carácter de Miembro de Honor.

Dicha resolución se ha fundado en sus destacados méritos y como un homenaje a la medicina de su país, nuestro hermano, de la que es Ud. un alto exponente.

Esperando recibir oportunamente el resultado de las investigaciones que Ud. realice en el campo de la Historia de la Medicina —y especialmente en la de su país tan rico en tradiciones médicas— con el fin de darles lectura en las reuniones del Ateneo y para su posterior publicación en la Revista, de la cual le envío por correo ordinario los tres números aparecidos hasta ahora, me es grato expresarle la seguridad de mi más alta y distinguida consideración.

Juan Ramón Beltrán
Presidente.

José María Lecco
Secretario.

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR.
TEODORO CASTRILLON

La ciudad, febrero 20 de 1943.

Señora doña Raquel v. de Castrillón y familia.

Presente.

Muy distinguida señora:

Tengo el honor de transcribir a Uds. la siguiente Resolución, aprobada por la Academia de Medicina:

“La Academia de Medicina, teniendo en cuenta que recientemente falleció en la ciudad el doctor TEODORO CASTRILLON, miembro honorario de la Corporación; exprofesor de la Facultad; médico de altos méritos científicos; quien en torneos en el exterior y mediante variadas publicaciones dio prestigio a la Patria,

RESUELVE:

La Academia de Medicina de Medellín lamenta la desaparición del distinguido médico colombiano doctor Teodoro Castrellón y presenta su obra científica como ejemplo a las futuras generaciones.

Esta resolución será enviada a la familia del extinto y publicada en los “ANALES”.

Sin otro particular, soy de Uds. obsecuente servidor,

g. gonzález ochoa

Secretario de la Academia.

La ciudad, febrero 19 de 1943.

Señor Profesor

José Miguel Restrepo

E. S. D.

Muy distinguido señor:

Por la presente tengo el honor de transcribir a Ud. la siguiente proposición, aprobada por la Academia de Medicina de Medellín:

“La Academia de Medicina felicita al doctor José Miguel Restrepo por la publicación de su obra: Lecciones de Clínica Terapéutica, y le exhorta a continuar en la tarea que se ha impuesto de contribuir a dilucidar nuestros problemas clínicos terapéuticos”.

Con mi particular felicitación y deseando a Ud. muchos éxitos, me suscribo su S. S.,

g. gonzález ochoa
Secretario.

La ciudad, febrero 19 de 1943.

Señor Profesor

Gil J. Gil

E. S. D.

Muy distinguido señor:

Tengo el honor de transmitir a Ud. la siguiente proposición, aprobada por la Academia de Medicina de Medellín en su última sesión:

“La Academia de Medicina de Medellín saluda al Profesor Gil J. Gil, quien acaba de dejar vacante el Decanato de la Facultad de Medicina y le felicita muy sinceramente por la magnífica labor de organización y de avance científico que supo desempeñar desde esa alta posición”.

Sin otro particular, quedo del señor Profesor, muy atento servidor,

g. gonzález ochoa
Secretario.

La ciudad, febrero 19 de 1943.

Señor Profesor

Hernán Posada

E. S. D.

Muy distinguido señor:

Tengo el honor de transmitir a Ud. la siguiente proposición, aprobada por la Academia de Medicina en su última sesión:

“La Academia de Medicina presenta su saludo de felicitación al nuevo Decano de la Facultad y formula sus mejores votos por que el programa de mejora científica que se tiene trazado, se realice íntegramente”.

Sin otro particular, me es grato suscribirme, servidor muy atento,

g. gonzález ochoa
Secretario.
